



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ACONSELHAMENTO MÉDICO NA PREVENÇÃO  
DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
ANÁLISE A PROPÓSITO DO CONSUMO DE TABACO**

**EMÍLIA MARTINS NUNES**

Tese submetida para obtenção do grau de  
Doutor em Saúde Pública,  
Especialidade de Promoção da Saúde

Lisboa  
2011





**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ACONSELHAMENTO MÉDICO NA PREVENÇÃO DA DOENÇA E**  
**PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
**ANÁLISE A PROPÓSITO DO CONSUMO DE TABACO**

ORIENTADOR

Prof. Doutor Constantino Theodor Sakellarides

CO-ORIENTADORA

Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla do Rosário Delgado Nunes de Serpa

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

Prof. Doutor Constantino Theodor Sakellarides

Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla do Rosário Delgado Nunes de Serpa

Prof. Doutor Carlos Silva Santos

Emília Martins Nunes

Tese submetida à Universidade Nova de Lisboa,  
Escola Nacional de Saúde Pública, para a obtenção do  
Grau de Doutor, no Ramo de Saúde Pública,  
Especialidade de Promoção da Saúde

Lisboa, 2011



***Ao meu filho, Pedro***



## Agradecimentos

Uma primeira palavra de sentido agradecimento é devida a todos os colegas que, apesar do seu dia-a-dia preenchido, me ofereceram um pouco do seu tempo, respondendo ao questionário que serviu de base à elaboração do presente estudo. Espero, em jeito de pequena retribuição, que este possa contribuir para valorizar a Medicina Geral e Familiar, pelo potencial desta especialidade na prevenção da doença e promoção da saúde, não só nos planos individual e familiar, mas também populacional.

Ao Prof. Doutor Constantino Sakellarides gostaria de expressar uma palavra de muita gratidão e homenagem, não só por ter aceitado orientar este trabalho, mas também pelo apoio concedido, pelos ensinamentos e pela inspiração que ao longo do meu percurso profissional me tem proporcionado.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Nunes o meu sentido reconhecimento pela preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados e na revisão crítica do texto, pela total disponibilidade para me apoiar, pelos seus conselhos amigos e pelo seu permanente incentivo.

Ao Prof. Doutor Carlos Silva Santos devo um agradecimento muito especial. O seu encorajamento e apoio foram decisivos para o reinício deste projecto, depois de um período de interrupção a que foi sujeito, e para a sua concretização, apesar das dificuldades e dos momentos de desânimo. A sua amizade, traduzida pela expectativa genuína e autêntica de que eu seria capaz de o concluir, foi fundamental, em particular nos momentos mais difíceis. Agradeço igualmente toda a orientação e o apoio concedidos ao longo de todo o trabalho.

Gostaria de expressar o meu sentido reconhecimento ao Dr. João Sequeira Carlos, na qualidade de Presidente da Direcção da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), pela sua abertura à realização deste estudo e por todas as facilidades concedidas por esta Associação.

Agradeço à Direcção da Escola Nacional de Saúde Pública e à Dra. Lurdes Pedro todo o interesse, apoio e colaboração concedidos, sem o qual este estudo não teria sido possível.

Ao Dr. Edward Krupat devo um agradecimento muito especial, por me ter permitido utilizar a escala *PPOS*, por si desenvolvida, e pela disponibilidade demonstrada. Agradeço igualmente à Dra. Melissa French, à Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Mónica Ribeiro e à Dra. Ana Grilo, pela colaboração e simpatia demonstradas no pronto envio da tradução da escala *PPOS*.

Aos colegas Prof. Doutor Luís Rebelo, Dr. José Mendes Nunes, Dr. Mário Santos, Dra. Maria Manuel Açafrão, Dra. Isabel Castelhão e Dr. Osvaldo Santos agradeço a inestimável colaboração na validação e pré-teste do questionário.

À Dra. Regina Sequeira Carlos, gostaria de dirigir um caloroso agradecimento, pela sua generosidade, pelo incentivo e pela colaboração que me dispensou, em particular na fase de recolha de informação.

À Dra. Maria Otília Duarte agradeço, não só a sua ajuda preciosa no bom uso da Língua Portuguesa, mas também a sua disponibilidade e amizade.

À Dra. Isabel Andrade agradeço todo o apoio que me concedeu, em particular na revisão das referências bibliográficas.

Ao Prof. Doutor João Pereira, ao Prof. Doutor Teodoro Briz, à Prof. Doutora Isabel Loureiro, ao Prof. Doutor Paulo Sousa, à Prof. Doutora Teresa Paixão, ao Dr. Carlos Dias e à Dra Lina Guarda agradeço a amizade, o incentivo e a confiança que em mim têm depositado.

Agradeço também à Marieta Dâmaso, pela sua simpatia, disponibilidade e colaboração na recepção dos questionários.

Agradeço à Manuela Santos, pela sua amizade e por todo o apoio que sempre me concedeu.

À Amélia Abreu e à Filipa Jaques pela disponibilidade demonstrada.

Porque os últimos são os primeiros:

Agradeço ao Luís, pela infinita paciência de me ouvir, diariamente, pelas orientações preciosas e por toda a colaboração que me permitiu dispor do tempo necessário para a realização deste trabalho.

Agradeço ao meu Filho Pedro a sua alegria de viver, o seu apoio e permanente incentivo.

Agradeço, por fim, aos meus Pais, pelo seu amor incondicional.

A todos, o meu sentido reconhecimento,

Emília Nunes

Julho de 2011



*“ Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual a standard of living adequate for the maintenance of health; organizing these benefits in such a fashion as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity.”*

Charles-Edward Amory Winslow, 1920

*“ ... analysis of a particular health risk, such as tobacco use, forces us to investigate more closely how medicine and public health contribute to better health and how interactions between them may foster this goal.”*

Brandt e Gardner, 2000



RESUMO / SUMMARY

---



## Resumo

O consumo de tabaco foi responsável por 100 milhões de mortes no século XX. Apesar dos grandes avanços alcançados no controlo deste problema a nível mundial, sob os auspícios da OMS, no contexto da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, se não forem adoptadas medidas consistentes e efectivas de saúde pública, a morbi-mortalidade que lhe está associada continuará a aumentar durante o presente século. A promoção da cessação tabágica constitui a estratégia populacional que permitirá obter ganhos em saúde a mais curto prazo. Embora a larga maioria dos fumadores faça, ao longo da vida, várias tentativas para parar de fumar sem apoio, apenas uma pequena minoria consegue manter-se abstinente a longo prazo. Os médicos de Medicina Geral e Familiar são, de entre todos os profissionais de saúde, os que podem intervir de modo mais consistente e efectivo neste âmbito e que melhores resultados obtêm na cessação tabágica dos pacientes fumadores, dado o vínculo terapêutico e a interacção frequente e continuada que com eles estabelecem ao longo do seu ciclo de vida. O aconselhamento breve, tendo por base a adopção de um estilo de comunicação motivacional centrado no paciente, adaptado aos estádios de mudança comportamental, tem-se revelado efectivo no apoio à mudança de comportamentos relacionados com a saúde e à resolução da ambivalência que caracteriza este processo.

A revisão de literatura evidenciou o facto de os médicos nem sempre intervirem nas áreas preventivas e de promoção da saúde, em particular na área da cessação tabágica, com o investimento e a continuidade desejáveis. Por outro lado, muitos pacientes fumadores referem nunca ter sido aconselhados pelo seu médico a deixar de fumar.. Não são conhecidos estudos de âmbito nacional que permitam conhecer esta realidade, bem como os factores associados às melhores práticas de intervenção ou as barreiras sentidas pelos médicos de MGF à actuação nesta área.

O presente trabalho teve como objectivos: (i) avaliar a hipótese de que os médicos que disseram adoptar o método clínico centrado no paciente teriam atitudes mais favoráveis relativamente à cessação tabágica e uma maior probabilidade de aconselhar os seus pacientes a parar de fumar; (ii) estudar a relação entre as atitudes, a percepção de auto-eficácia, a expectativa de efectividade e as práticas de aconselhamento sobre cessação tabágica, auto-referidas pelos médicos; (iii) Identificar as variáveis preditivas da adopção de intervenções breves de aconselhamento

adaptadas ao estágio de mudança comportamental dos pacientes fumadores; (iv) identificar as barreiras e os incentivos à adopção de boas práticas de aconselhamento nesta área. A população de estudo foi constituída pelo total de médicos de medicina geral e familiar inscritos na Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, residentes em Portugal. Para recolha de informação, foi utilizado um questionário de resposta anónima, de autopreenchimento, aplicado por via postal a 2942 médicos, em duas séries de envio. O questionário integrou perguntas fechadas, semifechadas, escalas de tipo Likert e escalas de tipo visual analógico. Para avaliação da adopção do método clínico centrado no paciente, foi usada a *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)*. O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com o Programa PASW Statistics (ex-SPSS), versão 18. Foram utilizados: o índice de  $\alpha$  de Cronbach, diversos testes não paramétricos e a análise de regressão logística binária. Foi obtida uma taxa de resposta de 22,4%. Foram analisadas 639 respostas (67,4% de mulheres e 32,6% de homens). Referiram ser fumadores 23% dos homens e 14% das mulheres. Foi identificada uma grande carência formativa em cessação tabágica, tendo apenas 4% dos médicos afirmado não necessitar de formação nesta área. Responderam necessitar de formação em entrevista motivacional 66%, em prevenção da recaída 59%, de treino numa consulta de apoio intensivo 55%, em intervenção breve 54% e em terapêutica farmacológica 55%. Cerca de 92% dos respondentes consideraram que o aconselhamento para a cessação tabágica é uma tarefa que faz parte das suas atribuições, mas apenas 76% concordaram totalmente com a realização de uma abordagem oportunística deste assunto em todos os contactos com os seus pacientes. Como prática mais frequente, perante um paciente em preparação para parar, 85% dos médicos disseram tomar a iniciativa de aconselhar, 79% avaliar a motivação, 67% avaliar o grau de dependência, 60% marcar o “dia D” e 50% propor terapêutica farmacológica. Apenas 21% assumiram realizar com frequência uma intervenção breve com pacientes em preparação (5 Ás); 13% uma intervenção motivacional com pacientes não motivados para mudar (5 Rs) e 20% uma intervenção segundo os princípios da entrevista motivacional, relativamente a pacientes ambivalentes em relação à mudança. A análise multivariada de regressão logística permitiu concluir que as variáveis com maior influência na decisão de aconselhar os pacientes sobre cessação tabágica foram a percepção de auto-eficácia, o nível de atitudes negativas, a adopção habitual do Programa-tipo de cessação tabágica da DGS, a posse de formação específica nesta área e a não identificação de barreiras ao aconselhamento,

em particular organizacionais ou ligadas ao processo de comunicação na consulta. Embora se tenha confirmado a existência de associação entre a adopção do método clínico centrado no paciente e as atitudes face à cessação tabágica, não foi possível confirmar plenamente a associação entre a adopção deste método e as práticas auto-referidas de aconselhamento. Os médicos que manifestaram um nível baixo ou moderado de atitudes negativas, uma percepção elevada de auto-eficácia, que nunca fumaram, que referiram adoptar o Programa-tipo de cessação tabágica e que não identificaram barreiras organizacionais apresentaram uma maior probabilidade de realizar uma intervenção breve (“5 Ás”) de aconselhamento de pacientes fumadores em preparação para parar de fumar. Nunca ter fumado apresentou-se associado a uma probabilidade de realizar uma intervenção breve (“5 Ás”) com frequência, superior à verificada entre os médicos que referiram ser fumadores (*Odds-ratio* ajustado = 2,6; IC a 95%: 1,1; 5,7). Os médicos com o nível de auto-eficácia no aconselhamento mais elevado apresentaram uma probabilidade superior à encontrada entre os médicos com o menor nível de auto-eficácia de realizar com frequência uma intervenção breve de aconselhamento, integrando as cinco vertentes dos “5 Ás” (*Odds ratio* ajustado = 2,6; IC a 95%: 1,3; 5,3); de realizar uma intervenção motivacional breve com fumadores renitentes a parar de fumar (*Odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,4; 6,5) ou de realizar com frequência uma intervenção motivacional com pacientes em estágio de ambivalência (*Odds ratio* = 8,8; IC a 95%: 3,8; 19,9). A falta de tempo, a falta de formação específica e a falta de equipa de apoio foram as barreiras ao aconselhamento mais citadas. Como factores facilitadores de um maior investimento nesta área, cerca de 60% dos médicos referiram a realização de um estágio prático de formação; 57% a possibilidade de dispor do apoio de outros profissionais; cerca de metade a melhoria da sua formação teórica. Cerca de 25% dos médicos investiria mais em cessação tabágica se dispusesse de um incentivo financeiro e 20% se os pacientes demonstrassem maior interesse em discutir o assunto ou existisse uma maior valorização desta área por parte dos colegas e dos órgãos de gestão. As limitações de representatividade da amostra, decorrentes da taxa de resposta obtida, impõem reservas à possibilidade de extrapolação destes resultados para a população de estudo, sendo de admitir que os respondentes possam corresponder aos médicos mais interessados por este tema e que optam por não fumar. Outra importante limitação advém do facto de não ter sido estudada a vertente relativa aos pacientes, no que se refere às suas atitudes, percepções e expectativas quanto à actuação do

médico neste campo. Pesem embora estas limitações, os resultados obtidos revelaram uma grande perda de oportunidades de prevenção da doença e de promoção da saúde. Parece ter ficado demonstrada a importante influência que as atitudes, em especial as negativas, e as percepções, em particular a percepção de auto-eficácia, podem exercer sobre as práticas de aconselhamento auto-referidas. Todavia, será necessário aprofundar os resultados agora encontrados com estudos de natureza qualitativa, que permitam compreender melhor, por um lado, as percepções, expectativas e necessidades dos pacientes, por outro, as estratégias de comunicação que deverão ser adoptadas pelo médico, atendendo à complexidade do problema e ao tempo disponível na consulta, tendo em vista aumentar a literacia dos pacientes para uma melhor autogestão da sua saúde. Parece ter ficado igualmente patente a grande carência formativa neste domínio. A adopção do modelo biomédico como paradigma da formação médica pré e pós-graduada, proposto, há precisamente cem anos, por Flexner, tem contribuído para a desvalorização das componentes psicoemocionais e sociais dos fenómenos de saúde e de doença, assim como para criar clivagens entre cuidados curativos e preventivos e entre medicina geral e familiar e saúde pública. Porém, o actual padrão de saúde/doença próprio das sociedades desenvolvidas, caracterizado por “pandemias” de doenças crónicas e incapacitantes, determinadas por factores de natureza sociocultural e comportamental, irá obrigar certamente à revisão daquele paradigma e à necessidade de se (re)adoptarem os grandes princípios Hipocráticos de compreensão dos processos de saúde/doença e do papel da medicina.

**Palavras-chave:** tabaco, cessação tabágica, aconselhamento breve, promoção da saúde e prevenção da doença; método clínico centrado no paciente, educação médica, auto-eficácia, atitudes.



## Summary

Tobacco consumption was responsible for 100 million deaths during the 20th century. Despite the great worldwide achievements in the control of this problem, under the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), if no consistent and effective public health measures are implemented, related morbid-mortality will increase in the present century. In order to achieve short-term health gains due to the reduction of tobacco related deaths, strategies to promote smoking cessation must be reinforced. Throughout their life, the large majority of smokers attempt to quit smoking without any assistance. However, evidence shows that only a small minority of them achieve long-term abstinence. Due to the therapeutic alliance they may establish and the multiple opportunities of contact with their patients throughout their life cycle the general practitioners can intervene in a very effective way in this area. According to smoking cessation guidelines the general practitioner should adopt a brief motivational patient-centered way of communicating with their patients, based on the stages of health behaviour change. However, literature review pointed out that professional practices are often not as consistent and patient-centered as desirable. Moreover, several inquired smoker patients referred that they never had been counselled by their physician about quitting smoking. Regarding the Portuguese situation, to the author's knowledge, no studies have been published, so far, not only describing the current situation, but also establishing which variables may be related to optimal intervention practices and which limitations are felt by general practitioners, while providing smoking cessation counselling. The main objectives of this study were: (i) to assess the hypothesis that the GPs who are more patient-centered in their consultation will have more favourable attitudes to smoking cessation and an higher probability of advising their patients to quit smoking; (ii) to assess the hypothesis of relation between self-reported smoking behaviour, attitudes, self-efficacy, effectiveness expectations and the aforementioned self-reported counselling practices; (iii) to identify the predictive factors of performing a brief smoking cessation counselling adapted to the behaviour stage of change of smoker patients; (iv) to identify the incentives and barriers to this kind of intervention. The study population was constituted by the entire body of general and family health practitioners, registered in the Portuguese General Practitioners Association, currently living and working in Portugal. The information was gathered through a self-administered anonymous questionnaire sent to 2942 practitioners

through mail in two batches. The questionnaire included closed answers, semi-closed answers, Likert type scales and visual analogical scales. In order to evaluate the adoption of the patient centered clinical method, the *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)*, was utilized. The data statistical treatment was performed by the PASW Statistics software (former SPSS), version 18. The most relevant statistical tests considered were: the  $\alpha$  of Cronbach, several non-parametric tests and binary logistic regression analysis. The response rate was 22.4%, with an amount of 639 answers (67.4% by female practitioners and 32.6% by male practitioners). In terms of smoking habits, 23% of the males referred to be smokers, against 14% amongst female physicians. In general terms, a severe lack of training in smoking cessation was identified, as only 4% of the physicians stated they did not need any further training in this field. In terms of those who answered they needed training, the main referred subjects were: (i) further training in motivational interviews (66%); (ii) further training in relapse prevention (59%); (iii) practical training in a smoking cessation consultation; (iv) brief intervention (54%); (v) pharmacologic therapeutics (55%). Despite 92% of the respondents considered smoking cessation counselling as an assignment of the GP, only 76% totally agreed with an opportunistic approach to the subject, in every contact with their patients. As most common practice regarding a patient ready for smoking cessation, 85% of the practitioners answered they take the initiative of advising, 79% stated they evaluate the motivational to quit, 67% assess the dependency level, 60% schedule the “D day” and 50% propose a pharmacological treatment. Only 21% of the respondents stated they frequently perform a brief intervention with the patient, following the “5 As” model, while 13% perform a brief motivational intervention following the “5 Rs” model (patients in pre-contemplation). In terms of performing interventions following the motivational interview principles (ambivalent patients), 20% of the respondents answered positively. The multivariate analysis lead to the conclusion that the variables which play the most important role on frequently adopting the latter forms of intervention were: (i) the self-efficacy on counselling; (ii) the negative attitudes; (iii) the systematic adoption of the smoking cessation guidelines provided by the central services of Ministry of Health; (iv) the specific training level in the current subject; (v) the non-identification of barriers, either due to organizational reasons or in relation to the practitioner-patient encounter communication process. Despite the fact that the hypothesis which relates the adoption of the patient-centered clinical method with more favourable attitudes towards smoking cessation was confirmed, no clear relationship

between said clinical method and self reported counselling practices was found. Physicians who (i) presented a low or moderate negative behaviour level, (ii) evidenced high self-efficacy perception, (iii) had never smoked, (iv) referred adopting the national guideline for smoking cessation and (v) did not face any organizational barriers evidencing an higher probability of performing a brief counselling intervention ("5As"). Respondents that assumed they never ever smoked showed a higher probability of counselling their patients, according the "5 As" brief intervention model, than that of the practitioners who assumed to be smokers (adjusted *odds ratio* = 2.6; CI 95%: 1.1; 5.7). Physicians with higher self-efficacy perception about their ability to help patients on quitting, when compared with the practitioners with lower self-efficacy, showed (i) an higher probability of frequently engaging with the patient through brief counselling interventions following the "5 As" model (adjusted *odds ratio* = 2.6; CI 95%: (1.3; 5.3) (ii) performing a frequent motivational brief intervention ("5 Rs") with non motivated patients (adjusted *odds ratio* = 3.1; CI 95%: (1.4; 6.5) or (iii) adopting a motivational interviewing style with ambivalent patients (adjusted *odds ratio* = 8.8; CI 95%: 3.8; 19.9). Considering the identification of barriers to perform this kind of work, the respondents highlighted the following aspects: (i) lack of time, (ii) lack of specific training and (iii) lack of a support team. When considering factors which could motivate them for intervene more in this field, about 60% of the respondents referred attending a practical training course and 57% suggested the possibility of receiving support from other professionals in a teamwork approach, while 50% would be eager to improve their theoretical knowledge on smoking cessation. About 25% of the respondents stated their effort would be more significant if a financial incentive were provided and 20% if the patients showed more interest in discussing the subject, or if this kind of intervention were more valued by either colleagues or responsible management of health services. The limitations of the sample representativeness due to the low response rate imposes some reservations on the generalization of conclusions. It is possible to admit that responders were more interested in the subject and more likely to be non-smokers. Moreover, the fact that no information about the attitudes, perceptions, expectations and practices of the patients was collected, also constitutes a limitation of this study. Nevertheless, the results obtained revealed that currently many opportunities for disease prevention and health promotion are missed. Furthermore, it was clear the severe lack of training in this field of knowledge. Evidence was also given on the fact that both negative attitudes and self-efficacy perception play

a major role on the self-reported counselling practices. However, this research needs to be continued, namely in terms of analysing the extent to which the self-reported counselling practices match with the real practices in the consultation, and complemented with further studies about the perceptions, expectations and needs of patients regarding the role of their doctor on counselling them about smoking. On the other hand it will be needed to evaluate the impact of the smoking cessation counselling on the improvement of patient's health literacy and on long-term success rates. The biomedical model, proposed 100 years ago by the Flexner' Report, as a paradigm for pre and post-graduate medical training has contributed to the decline of valuing psycho-emotional and social components of health and disease phenomena and to create a gap between curative and preventive care and general medicine and public health. However, in developed countries, the current pattern of disease characterised by the new "pandemics" of chronic diseases related with social and behavioural determinants, will certainly compel and give impulse to the revision of that paradigm. Moreover, it will impose the need to (re)adopt the Hippocratic principles of understanding health and disease and the role of medicine.

**Keywords:** Smoking, tobacco, smoking cessation; counselling; brief advice, health promotion and disease prevention; patient-centred clinical method, medical education, self-efficacy, attitudes.

## ÍNDICE

---



## Índice geral

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos .....	v
Epígrafe .....	vii
Resumo .....	ix
Índice .....	xix
Índice de Figuras .....	xxiv
Índice de Quadros .....	xxvi
Siglas, acrónimos e notações estatísticas .....	xxix
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.ª Parte – Enquadramento teórico .....</b>	<b>1</b>
1.1. Importância do problema em saúde pública .....	3
1.2. Breve história do tabaco e do seu uso em medicina ou de como o passado influencia o presente .....	4
1.3. Consumo de tabaco e efeitos na saúde .....	13
1.4. Epidemiologia do consumo de tabaco em Portugal .....	26
1.5. A importância da cessação tabágica em Saúde Pública .....	33
1.6. Teorias explicativas do processo de mudança de comportamentos. contributos para a compreensão do processo de cessação tabágica .....	37
1.7. Importância do médico de família na prevenção da doença e na promoção da saúde .....	51
1.8. Efectividade do aconselhamento médico .....	53
1.9. O aconselhamento médico do paciente no processo de mudança comportamental .....	58
1.10. Recomendações para a intervenção clínica na cessação tabágica .....	68
<b>2ª Parte. Definição do problema e perguntas de investigação .....</b>	<b>79</b>
1.11. Definição do problema em estudo .....	81
1.12. Perguntas de investigação. Objectivos e hipóteses .....	91

<b>2. MATERIAL E MÉTODOS</b>	99
2.1. Delineamento do estudo	101
2.2. Definição e operacionalização de variáveis	104
2.3. Classificações, critérios e escalas de medida	115
2.4. Pré-teste e validação do instrumento de medida	126
2.5. Análise estatística	127
<b>3. RESULTADOS</b>	133
3.1. Caracterização demográfica, profissional e referente ao consumo de tabaco	135
3.2. Formação	139
3.3. Consumo de tabaco	145
3.4. Adopção do método clínico centrado no paciente	150
3.5. Importância atribuída à cessação tabágica	162
3.6. Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica	165
3.7. Atitudes positivas face à cessação tabágica	170
3.8. Atitudes negativas face à cessação tabágica	181
3.9. Auto-eficácia no apoio à cessação tabágica	195
3.10. Efectividade do aconselhamento	207
3.11. Expectativa de sucesso do aconselhamento para a cessação tabágica	215
3.12. Barreiras e factores facilitadores	219
3.13. Práticas de aconselhamento sobre estilos de vida	221
3.14. Iniciativa de aconselhar os pacientes sobre cessação tabágica	222
3.15. Práticas de aconselhamento em função dos estádios de mudança	237
3.16. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica	275
3.17. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica	281
3.18. Análise multivariada	294



<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>309</b>
4.1. A população de estudo e o método de recolha de informação .....	311
4.2. Discussão dos resultados .....	318
4.3. Confirmação de hipóteses .....	322
4.4. Limitações do estudo e desenvolvimentos futuros .....	389
<b>5. CONCLUSÕES .....</b>	<b>393</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>413</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>A1</b>

## Índice de Figuras

Figura 1.	Projeções da mortalidade atribuída ao consumo de tabaco, em Portugal, em % do total de mortes entre os 35 e os 69 anos e em % do total de mortes (todas as idades) .....	32
Figura 2.	Estratégias de prevenção e controlo do tabagismo .....	33
Figura 3.	Estimativa das mortes acumuladas 1950-2050 com diferentes estratégias de intervenção .....	36
Figura 4.	Roda dos estádios de mudança .....	45
Figura 5.	Componentes da prontidão para a mudança .....	47
Figura 6.	Prestação de cuidados preventivos e de promoção da saúde no contexto da consulta .....	60
Figura 7.	Diagrama de síntese das principais variáveis conceptuais incluídas no estudo .....	83
Figura 8.	Esquema interpretativo das variáveis que interferem nas práticas de aconselhamento .....	95
Figura 9.	Distribuição dos respondentes por sexo e grupo etário .....	137
Figura 10.	Distribuição dos respondentes por sexo e anos de prática de MGF.....	137
Figura 11.	Realização do internato da especialidade por anos de prática de MGF	139
Figura 12.	Consumo de tabaco e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica. Comparações múltiplas das médias das ordens ...	169
Figura 13.	Método clínico centrado no paciente – subescala caring - e atitudes positivas face à cessação tabágica. Comparações múltiplas das médias das ordens .....	178
Figura 14.	Associação entre formação teórica em cessação tabágica e os scores de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica. Comparações múltiplas das médias das ordens .....	185
Figura 15.	Associação entre consumo de tabaco e scores de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica. Comparações múltiplas das médias das ordens .....	188
Figura 16.	Scores de auto-eficácia em função do grupo etário. Comparações múltiplas das médias das ordens .....	196
Figura 17.	Formação em cessação tabágica e percepção de auto-eficácia no aconselhamento. Comparações múltiplas das médias das ordens .....	200
Figura 18.	Atitudes face à cessação tabágica e percepção de auto-eficácia no aconselhamento .....	206

---

Figura 19.	Distribuições das respostas à escala de 0 a 10, para avaliação da percepção da auto-eficácia .....	206
Figura 20.	Percepção da efectividade no aconselhamento em função do tempo de formação teórica e prática em cessação tabágica .....	209
Figura 21.	Percepção da efectividade do aconselhamento em função das atitudes positivas e das atitudes negativas .....	212
Figura 22.	Percepção da efectividade do aconselhamento para a cessação tabágica em função do nível de auto-eficácia avaliada por escala de tipo Likert e por escala de tipo visual analógico .....	214
Figura 23.	Estimativa de sucesso em percentagem do total de respostas .....	215
Figura 24.	Probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco - área sob a curva ROC .....	296
Figura 25.	Probabilidade de realizar frequentemente uma intervenção breve. Área sob a curva ROC .....	299
Figura 26.	Probabilidade de realizar frequentemente uma intervenção motivacional breve com pacientes em pré-contemplação. Área sob a curva ROC.....	300
Figura 27	Probabilidade de realizar frequentemente uma intervenção motivacional breve com fumadores ambivalentes. Área sob a curva ROC.....	303
Figura 28.	Probabilidade de adoptar o Programa-tipo de cessação tabágica. Área sob a curva ROC .....	305
Figura 29.	Probabilidade de possuir uma percepção de eficácia pessoal no aconselhamento em cessação tabágica elevada. Área sob a curva ROC .....	308

## Índice de Quadros

Quadro 1.	Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa com 15 e mais anos de idade, INS 2005/2006 (% ponderadas para a população) .....	26
Quadro 2.	Proporção de fumadores diários nos inquiridos com 15 e mais anos de idade INS - Continente (% não ponderadas para a população) .....	27
Quadro 3.	Prevalências de consumo de tabaco ponderadas para a população residente em Portugal, por sexo e grupo etário .....	28
Quadro 4.	Variáveis associadas ao grau de sucesso da cessação tabágica .....	55
Quadro 5.	Meta-análise (2000): efectividade e taxas de abstinência em função de vários tipos de intervenção de aconselhamento (n = 43 estudos) .....	56
Quadro 6.	Efectividade e taxas de abstinência em função de vários tipos de intervenção de aconselhamento. Meta-análise (2000); n = 29 estudos .....	57
Quadro 7.	Intervenção breve de aconselhamento para a cessação tabágica - modelo dos “5Ás” .....	72
Quadro 8.	Intervenção breve de aconselhamento – modelo dos “5 Rs” .....	77
Quadro 9.	As dez prioridades dos doentes portugueses relativamente à MGF .....	87
Quadro 10.	Distribuição, por sexo e por grupo etário, dos médicos associados da APMCG, com dados registados .....	101
Quadro 11.	Caracterização demográfica, da prática profissional e referente ao consumo de tabaco .....	105
Quadro 12.	Formação em MGF e em cessação tabágica .....	106
Quadro 13.	Adopção do método clínico centrado no paciente e atitudes, expectativas .....	107
Quadro 14.	Variáveis de caracterização das atitudes, expectativas e percepções face à cessação tabágica .....	108
Quadro 15.	Percepção das barreiras e dos factores facilitadores .....	109
Quadro 16.	Frequência auto referida do aconselhamento sobre estilos de vida .....	110
Quadro 17.	Práticas de aconselhamento auto-reportadas .....	111
Quadro 18.	Aconselhamento de pacientes que não querem parar de fumar ..	110
Quadro 19.	Aconselhamento de pacientes ambivalentes .....	111
Quadro 20.	Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica .	112

Quadro 21.	Adopção do Programa de actuação em cessação tabágica da DGS .....	112
Quadro 22.	Distribuição por grupo etário da amostra de respondentes (n=637) e da população de estudo .....	136
Quadro 23.	Estimativa de fumadores na lista de utentes em função do local de prática de MGF .....	138
Quadro 24.	Necessidades de formação em função do tema .....	141
Quadro 25.	Necessidades de formação, por tema, em função da realização do internato da especialidade de MGF .....	142
Quadro 26.	Necessidades de formação em função da formação teórica e prática em cessação tabágica .....	143
Quadro 27.	Formação teórica em cessação tabágica e necessidades de formação na utilização de terapêutica farmacológica .....	144
Quadro 28.	Formação prática em cessação tabágica e necessidades de formação em terapêutica farmacológica .....	144
Quadro 29.	Consumo de tabaco em função do sexo .....	146
Quadro 30.	Consumo de tabaco por sexo e por grupo etário .....	147
Quadro 31.	Descrição univariável – Caracterização demográfica, profissional e referente ao consumo de tabaco .....	149
Quadro 32.	Adopção do método clínico centrado no paciente (escala <i>PPOS</i> ) e sexo .....	151
Quadro 33.	Distribuição das respostas à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente ( <i>PPOS</i> ) e grupo etário .....	151
Quadro 34.	Adopção do método clínico centrado no paciente em função do grupo etário .....	152
Quadro 35.	Método clínico centrado no paciente ( <i>scores PPOS</i> ) e anos de prática de MGF .....	152
Quadro 36.	Adopção do método clínico centrado no paciente e anos de prática de MGF .....	153
Quadro 37.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à <i>PPOS</i> e realização do internato da especialidade de MGF .....	154
Quadro 38.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à <i>PPOS</i> e realização do Internato da Especialidade de MGF .....	154
Quadro 39.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à <i>PPOS</i> e formação teórica em cessação tabágica .....	155
Quadro 40.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à <i>PPOS</i> – subescala <i>caring</i> - em função do grupo etário .....	156
Quadro 41.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à subescala <i>caring</i> em função dos anos de prática de MGF .....	157
Quadro 42.	Adopção do método clínico centrado no paciente, subescala <i>caring</i> , em função da realização do Internato da especialidade de MGF .....	158

Quadro 43.	Adopção do método clínico centrado no paciente, subescala <i>caring</i> em função da formação em cessação tabágica .....	158
Quadro 44.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente – subescala <i>sharing</i> - em função do sexo .....	159
Quadro 45.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente – subescala <i>sharing</i> - em função do grupo etário .....	160
Quadro 46.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente – subescala <i>sharing</i> - em função dos anos de prática de MGF .....	160
Quadro 47.	Distribuição das respostas às afirmações sobre a importância do tabagismo .....	162
Quadro 48.	Grau de importância atribuído ao tabagismo e formação em cessação tabágica .....	163
Quadro 49.	Método clínico centrado no paciente e atribuição de importância à cessação tabágica .....	164
Quadro 50.	Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica .....	165
Quadro 51.	Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica e formação teórica .....	166
Quadro 52.	Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica e formação teórica em cessação tabágica .....	167
Quadro 53.	Papel atribuído ao médico de MGF e formação prática em cessação tabágica .....	167
Quadro 54.	Consumo de tabaco e <i>scores</i> de resposta à escala de avaliação do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica .....	168
Quadro 55.	Atitudes positivas face à cessação tabágica .....	170
Quadro 56.	<i>Scores</i> de resposta à escala de atitudes positivas e grupo etário.	171
Quadro 57.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à escala de atitudes positivas em função do grupo etário .....	172
Quadro 58.	<i>Scores</i> de resposta à escala de atitudes positivas e anos de prática de MGF .....	172
Quadro 59.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à escala de atitudes positivas e anos de prática de MGF .....	173
Quadro 60.	Atitudes positivas face ao tabagismo e Internato da especialidade de MGF .....	174
Quadro 61.	Atitudes positivas e formação teórica em cessação tabágica .....	174
Quadro 62.	Distribuição dos <i>scores</i> de resposta à escala de atitudes positivas e formação teórica em cessação tabágica .....	175
Quadro 63.	Distribuição dos respondentes em função da formação prática em cessação tabágica .....	175

Quadro 64.	Nível de atitudes positivas em função da formação prática em cessação tabágica .....	176
Quadro 65.	Scores de resposta à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica em função do consumo de tabaco .....	176
Quadro 66.	Scores de resposta à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica em função do método clínico centrado no paciente .....	177
Quadro 67.	Atitudes positivas em função da importância atribuída à cessação tabágica .....	179
Quadro 68.	Scores atribuídos ao papel do médico em função do nível de atitudes positivas .....	180
Quadro 69.	Atitudes positivas face ao tabagismo e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica .....	180
Quadro 70.	Atitudes negativas face à cessação tabágica .....	181
Quadro 71.	Atitudes negativas face ao tabagismo em função do grupo etário .....	182
Quadro 72.	Nível de atitudes negativas em função dos anos de prática de MGF .....	183
Quadro 73.	Nível de atitudes negativas em função do Internato da Especialidade de MGF.....	184
Quadro 74.	Formação teórica em cessação tabágica e scores de resposta á escala de atitudes negativas .....	185
Quadro 75.	Atitudes negativas em função da formação prática em tabagismo .....	186
Quadro 76.	Atitudes negativas relativamente à cessação tabágica e formação prática em cessação tabágica .....	186
Quadro 77.	Atitudes negativas relativamente à cessação tabágica e formação prática em cessação tabágica .....	187
Quadro 78.	Scores de atitudes negativas face à cessação tabágica em função do consumo de tabaco .....	187
Quadro 79.	Atitudes negativas face à cessação tabágica e ao consumo de tabaco .....	189
Quadro 80.	Scores de atitudes negativas em função do método clínico centrado nos pacientes .....	189
Quadro 81.	Método clínico centrado no paciente e atitudes negativas face à cessação tabágica .....	190
Quadro 82.	Método clínico centrado no paciente na vertente do cuidar e atitudes negativas face à cessação tabágica .....	191
Quadro 83.	Nível de atitudes negativas face à cessação tabágica em função da adopção do método clínico centrado no paciente na vertente <i>sharing</i> .....	192
Quadro 84.	Método clínico centrado no paciente na vertente <i>sharing</i> e atitudes negativas face à cessação tabágica .....	192
Quadro 85.	Nível de atitudes negativas e importância atribuída à cessação tabágica .....	193

Quadro 86.	Atitudes negativas e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica .....	194
Quadro 87.	Atitudes positivas e negativas face à cessação tabágica .....	194
Quadro 88.	Auto-eficácia e grupo etário .....	195
Quadro 89.	Associação entre anos de prática em MGF e scores de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica .....	197
Quadro 90.	Auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica em função dos anos de prática de MGF .....	197
Quadro 91.	Auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica em função do Internato da Especialidade .....	198
Quadro 92.	Associação entre auto-eficácia e formação em cessação tabágica .....	199
Quadro 93.	Formação teórica em cessação tabágica e percepção da auto-eficácia no aconselhamento .....	200
Quadro 94.	Auto-eficácia no aconselhamento e formação prática em cessação tabágica .....	201
Quadro 95.	Formação prática em cessação tabágica e scores de auto-eficácia .....	201
Quadro 96.	Auto-eficácia em função do consumo de tabaco .....	202
Quadro 97.	Auto-eficácia em função da importância atribuída à cessação tabágica .....	203
Quadro 98.	Prontidão para a mudança (auto-eficácia e atribuição de importância) .....	203
Quadro 99.	Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica em função dos scores de auto-eficácia .....	204
Quadro 100.	Scores de auto-eficácia e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica .....	204
Quadro 101.	Percepção da efectividade em função da formação teórica em cessação tabágica .....	210
Quadro 102.	Efectividade do aconselhamento em função da formação prática em cessação tabágica .....	210
Quadro 103.	Efectividade do aconselhamento em função do consumo de tabaco .....	211
Quadro 104.	Percepção da efectividade em função do nível de auto-eficácia no aconselhamento, avaliado por escala de tipo Likert .....	213
Quadro 105.	Percepção da efectividade em função do nível de auto-eficácia no aconselhamento, avaliado por escala de tipo visual analógico. ....	214
Quadro 106.	Estimativa de sucesso do aconselhamento, ao final de um ano, e formação teórica em cessação tabágica .....	216



---

Quadro 107.	Expectativa de sucesso do aconselhamento (taxa de abstinentes aos doze meses) e percepção de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica .....	217
Quadro 108.	Estimativa de abstinentes aos doze meses e percepção da efectividade do aconselhamento. ....	218
Quadro 109.	Barreiras ao aconselhamento sobre cessação tabágica .....	219
Quadro 110.	Factores facilitadores do aconselhamento sobre cessação tabágica .....	220
Quadro 111.	Frequência do aconselhamento sobre estilos de vida .....	221
Quadro 112.	Iniciativa de aconselhar sobre tabaco em função da formação em cessação tabágica .....	224
Quadro 113.	Iniciativa de aconselhar sobre tabaco, em função do grau de adopção do método clínico centrado no paciente .....	225
Quadro 114.	Scores de resposta à PPOS em função da iniciativa de aconselhar .....	225
Quadro 115.	Iniciativa de aconselhar em função do método clínico centrado no paciente, na vertente do “cuidar .....	226
Quadro 116.	Iniciativa de aconselhar em função da importância atribuída à cessação tabágica .....	227
Quadro 117.	Papel atribuído ao médico de mgf na cessação tabágica em função da iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica .....	228
Quadro 118.	Iniciativa de aconselhar, em função do nível de atitudes positivas face à cessação tabágica .....	228
Quadro 119.	Iniciativa de aconselhar, em função do nível de atitudes negativas face à cessação tabágica .....	229
Quadro 120.	Iniciativa de aconselhar em função da auto-eficácia para apoiar a cessação tabágica .....	230
Quadro 121.	Iniciativa de aconselhar e percepção da efectividade do aconselhamento .....	231
Quadro 122.	Identificação de barreiras ao aconselhamento em função da iniciativa de aconselhar .....	233
Quadro 123.	Identificação de barreiras relacionadas com a falta de formação, em função das horas de formação teórica e prática em cessação tabágica .....	234
Quadro 124.	<i>Odds ratios</i> da probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica .....	235
Quadro 125.	Actuação mais frequente, com um paciente fumador, adulto, sexo masculino, em fase de preparação para parar .....	237
Quadro 126.	Frequência da realização de tarefas de aconselhamento e registo na ficha clínica .....	238

Quadro 127.	Realização frequente, de aconselhamento e prescrição de fármacos para a cessação tabágica em pacientes adultos em preparação para parar de fumar .....	239
Quadro 128.	Realização frequente, de marcação do “dia D” e prescrição de fármacos para a cessação tabágica em pacientes adultos em preparação para parar de fumar .....	239
Quadro 129.	Formação teórica em cessação tabágica e realização frequente da intervenção breve (5 ás) para a cessação tabágica .....	241
Quadro 130.	Formação prática em cessação tabágica e realização da intervenção breve (5 Ás) .....	242
Quadro 131.	Realização da intervenção breve em função do consumo de tabaco .....	242
Quadro 132.	Papel atribuído médico de MGF na cessação tabágica e intervenção breve .....	244
Quadro 133.	Atitudes positivas face à cessação tabágica e intervenção breve “5Ás” .....	245
Quadro 134.	Atitudes negativas face à cessação tabágica e intervenção breve “5Ás” .....	245
Quadro 135.	Intervenção breve e percepção da auto-eficácia no aconselhamento .....	246
Quadro 136.	Intervenção breve em função da percepção da efectividade do aconselhamento .....	246
Quadro 137.	Tempo do aconselhamento breve .....	248
Quadro 138.	<i>Odds ratios</i> brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento de apoio à cessação tabágica (5 ás).....	249
Quadro 139.	Actuação com pacientes fumadores que não querem parar de fumar.....	252
Quadro 140.	Abordagem centrada no paciente e aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação .....	255
Quadro 141.	Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e abordagem na consulta centrada no paciente – <i>sharing</i> .....	256
Quadro 142.	Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e abordagem na consulta centrada no paciente – <i>caring</i> .....	256
Quadro 143.	Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação em função da importância atribuída à cessação tabágica.....	257
Quadro 144.	Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação em função do papel atribuído à cessação tabágica .....	258
Quadro 145.	Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e nível de atitudes positivas .....	258
Quadro 146.	Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e nível de atitudes negativas .....	259

Quadro 147.	Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e percepção do nível de auto-eficácia no aconselhamento .....	260
Quadro 148.	<i>Odds ratios</i> brutos de realizar uma intervenção de aconselhamento (4 rs) com pacientes que não querem parar de fumar .....	261
Quadro 149.	Actuação com pacientes fumadores ambivalentes relativamente à cessação tabágica.....	264
Quadro 150.	Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes em função da formação prática em cessação tabágica.....	266
Quadro 151.	Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes em função do nível de atitudes positivas .....	269
Quadro 152.	Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes em função do nível de atitudes negativas .....	269
Quadro 153.	Intervenção motivacional em função da auto-eficácia .....	270
Quadro 154.	Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes em função da percepção da efectividade do aconselhamento de apoio à cessação tabágica .....	271
Quadro 155.	<i>Odds ratios</i> brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes ambivalentes relativamente à cessação tabágica.....	272
Quadro 156.	Realização de consulta de cessação tabágica em função da percepção de auto-eficácia no apoio dos pacientes fumadores ..	278
Quadro 157.	Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em função da expectativa de sucesso do aconselhamento .....	279
Quadro 158.	Anos de prática de MGF e adopção do Programa de cessação Tabágica .....	282
Quadro 159.	Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da formação em cessação tabágica .....	283
Quadro 160.	Adopção do Programa de cessação tabágica e método clínico centrado no paciente .....	284
Quadro 161.	Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica .....	286
Quadro 162.	Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da auto-eficácia no apoio à cessação tabágica .....	288
Quadro 163.	Adopção do Programa-tipo de actuação na cessação tabágica em função da percepção da efectividade do aconselhamento.....	289
Quadro 164.	Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da percepção do sucesso do aconselhamento .....	290
Quadro 165.	Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e realização da intervenção breve “5As” .....	291

Quadro 166.	Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e realização de aconselhamento motivacional com pacientes que não querem parar de fumar.....	291
Quadro 167.	Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da realização da intervenção motivacional com pacientes ambivalentes relativamente à mudança .....	292
Quadro 168.	Identificação de barreiras ao aconselhamento identificadas e adopção do Programa-tipo de cessação tabágica .....	293
Quadro 169.	<i>Odds ratios</i> da probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco obtidos por regressão logística (modelo ajustado) .....	296
Quadro 170.	<i>Odds ratios</i> da probabilidade de realizar uma intervenção breve (“5 Ás”) de aconselhamento de pacientes fumadores obtidos por regressão logística (modelo ajustado) .....	298
Quadro 171	<i>Odds ratios</i> da probabilidade de realizar uma intervenção motivacional breve com pacientes fumadores que não querem parar de fumar, regressão logística (modelo ajustado) .....	300
Quadro 172	<i>Odds ratios</i> da probabilidade de realizar uma intervenção motivacional breve com pacientes fumadores ambivalentes relativamente à mudança (modelo ajustado) .....	302
Quadro 173	<i>Odds ratios</i> da probabilidade de realizar uma intervenção motivacional breve com pacientes fumadores ambivalentes relativamente à mudança (modelo ajustado) .....	305
Quadro 174.	<i>Odds ratios</i> da probabilidade de possuir uma percepção de eficácia pessoal no aconselhamento para a cessação tabágica elevada (modelo ajustado) .....	307

SIGLAS, ACRÓNIMOS  
E NOTAÇÕES ESTATÍSTICAS

---



## Siglas e acrónimos

5 Ás – ( *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*)  
 5 Rs – ( *Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition*)  
 ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde  
 APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral  
 CID – Classificação Internacional das Doenças (OMS)  
 CSP – Cuidados de Saúde Primários  
 CTT – Correios e Telecomunicações de Portugal  
*DALY – Disability Adjusted Life Years*  
 DGS – Direcção-Geral da Saúde  
 DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica  
*DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> edition)*  
 ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
*EUROPREV – European Network for Prevention and Health Promotion in General Practice/Family Medicine*  
 INS – Inquérito Nacional de Saúde  
 INSA – Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge  
 MF – Médico de Família  
 MS – Ministério da Saúde  
 MGF – Medicina Geral e Familiar  
*MPOWER – Monitor; Protect; Offer; Warn; Enforce; Raise taxes*  
 OMS – Organização Mundial de Saúde  
*PAWS statistics 18 – ex – SPSS – Statistics Package for Social Sciences*  
 PORTDATA – Base de dados Portugal contemporâneo  
*PPOS – Patient Practitioner Orientation Scale*  
*ROC - (Receiver Operator Characteristic)*  
 RSF – Resposta sem franquia  
 SAC - Sistema Adaptativo Complexo  
 SNS – Serviço Nacional de Saúde  
 UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
 USF – Unidade de Saúde Familiar

## Notações estatísticas

$\chi^2(n)$ : Teste de Qui-quadrado (*graus de liberdade*)

$\chi^2_{KW}(n)$ : Teste de Kruskal-Wallis (*graus de liberdade*)

s: Desvio-padrão

U: Estatística do teste de Mann-Whitney

P: Nível de significância

n: Número de observados

$R_S$ : Correlação de Spearman

*Odds ratio*: Razão de possibilidades

IC: Intervalo de confiança

Curva ROC: representação gráfica do *tradeoff* entre sensibilidade e especificidade

G2 – Logit : teste de significância do modelo ajustado calculado por regressão logística

$\chi^2_{HL}$ : Qui-quadrado de Hosmer e Lemeshow

$\chi^2_W$  : Qui-quadrado de Wald

C: área sob a Curva ROC (*Receiver Operator Characteristic*)



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---



## 1.1. Importância do problema em saúde pública

*“Death in old age is inevitable but death before old age is not.”*

*Richard Doll, 1994<sup>1</sup>*

*“...Tobacco is the only legal consumer product that can harm everyone exposed to it – and it kills up to half of those who use it as intended. Yet, tobacco use is common throughout the world due to low prices, aggressive and widespread marketing, lack of awareness about its dangers, and inconsistent public policies against its use.”*

*WHO, 2008a*

O consumo de tabaco foi responsável por 100 milhões de mortes no século XX, constituindo a causa de morte evitável, por doença, mais importante na história recente da humanidade (WHO, 2008a).

Cerca de 5,4 milhões de pessoas morrem anualmente em consequência deste consumo, apesar do conhecimento adquirido sobre os riscos que lhe estão associados e das medidas de prevenção e controlo que vêm sendo instituídas na generalidade dos Países. Grandes sucessos têm vindo a ser alcançados no controlo deste problema, sob a liderança da Organização Mundial de Saúde (OMS), no contexto da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, aprovada em Maio de 2003. Contudo, se não forem mantidas ou adoptadas medidas consistentes e efectivas de saúde pública, o número de mortes continuará a aumentar, em particular nas mulheres, nos grupos sociais mais carenciados e nos países menos desenvolvidos, podendo atingir os 8 milhões por ano, nas próximas duas décadas (WHO, 2008a).

---

<sup>1</sup> Citado por Keating, C. - Smoking Kills. The revolutionary life of Richard Doll. The authorised biography (2009).

## 1.2. Breve história do tabaco e do seu uso em medicina ou de como o passado influencia o presente

A importância da folha do tabaco advém da presença de um alcalóide com propriedades psicoactivas – a nicotina ( $C_{10}H_{14}N_2$ ). Para além deste alcalóide, descoberto em 1809, por Louis Nicolas Vauquelin, professor de química em Paris, e isolado em 1828, por Posselt e Reimann, químicos alemães, foram identificadas no fumo do tabaco mais de 4000 substâncias, das quais cerca de sessenta com efeitos cancerígenos e, muitas outras, com efeitos irritantes a nível das vias aéreas ou acção no sistema cardiovascular (Stewart, 1967; Hoffmann e Hoffman, 2001; Charlton, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).

Em 1753, o botânico Carolus Linnaeus, na sua obra *Species Plantarum*, classificou a planta do tabaco na família das *Solanáceas*, com dois géneros principais – *Nicotiana tabacum* e *Nicotiana rústica*.

Pensa-se que esta planta seja originária do continente americano, à excepção de algumas espécies provenientes da Austrália, do sudoeste de África e do Sul do Pacífico. Embora se conheçam actualmente mais de sessenta espécies de *Nicotiana*, apenas a *Nicotiana tabacum*, mais suave e aromática, e a *Nicotiana rústica*, mais áspera e forte em nicotina, são utilizadas no fabrico comercial dos produtos do tabaco.

O tabaco era um produto valioso, usado pelos Índios da América do Sul como erva medicinal, moeda de troca ou como símbolo de amizade e de boa fé (cachimbo da paz). Há relatos e gravuras em pedra que evidenciam o seu uso pela civilização Maia, no Sul do México, há mais de 3000 anos, com fins terapêuticos ou no contexto de rituais sagrados (Stewart, 1967; Simões, 2006).

Embora não haja uniformidade nos relatos históricos, parece certo que o tabaco não existia na Europa, antes da época dos descobrimentos. Teriam sido Cristóvão Colombo e os seus marinheiros Luís de Torres e Rodrigo de Xerez que, aquando da descoberta da América, em 1492, pela primeira vez observaram o uso das folhas desta planta pelas populações locais.

Depois de secas, as folhas eram queimadas em rituais sagrados ou fumadas, uma vez introduzidas em pequenos tubos de cana ou enroladas numa espécie de charutos. Em algumas regiões, o tabaco era mascado ou aspirado, sob a forma de rapé, sendo também usado para tratar feridas, queimaduras ou como analgésico (Stewart, 1967; Charlton, 2004).

Alguns livros antigos, publicados em França, referem o ano de 1520 como a data da entrada da folha de tabaco na Europa (Barbier, 1861). Por volta de 1548, possivelmente pela mão de Luís de Góis, frade jesuíta, são trazidas as primeiras sementes da planta para Portugal. Outros autores referem ter sido Hernandez de Toledo, fidalgo e médico espanhol, a trazer de Santo Domingo, em 1559, as sementes de tabaco para Espanha e Portugal, dando assim início às primeiras plantações que gradualmente se estenderam a outros países, em todo o mundo. Este médico teria promovido a aspiração do fumo produzido pela queima de folhas secas da planta no tratamento da asma e de outras enfermidades (De Prade, 1677; Stewart, 1967; Simões, 2006). Outros, ainda, referem ter sido Frei Romano Pane a trazer, em 1518, a primeira planta para oferecer ao Imperador de Espanha Carlos V (Mota, 1986).

Em 1560, o embaixador francês em Lisboa, Jean Nicot, satisfeito com “as curas maravilhosas” obtidas com a aplicação da folha de tabaco no tratamento de feridas, úlceras e outras doenças, por ele próprio testemunhadas, oferece-a à Rainha Catarina de Médicis (Barbier, 1861). O seu uso foi rapidamente adoptado pelos nobres da corte francesa, espalhando-se a partir daí às restantes cortes europeias. No Reino Unido, teria sido Francis Drake a trazer o tabaco do novo mundo. O seu consumo, sob a forma de rapé, de charutos ou de cachimbo generaliza-se a toda a Europa e a outras partes do mundo, em especial no sexo masculino, ao longo de mais de três séculos.

Ao longo desse período, a planta do tabaco foi considerada como erva medicinal, tendo-lhe sido atribuídas diversas propriedades terapêuticas. Nicolas Monardes (1512-1588), médico e botânico, residente em Sevilha, descreveu as indicações terapêuticas do tabaco na segunda parte de um importante tratado de medicina intitulado *Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales*, editado em Sevilha, em 1571. Esta obra foi alvo de várias edições, tendo sido traduzida para diversas línguas (Monardes, 1571; 1574; 1580; Stewart, 1967).

Neste tratado, o autor apresenta detalhadamente as propriedades terapêuticas da planta, indicada em variadíssimas doenças, como “cefaleias, enxaquecas, feridas, dores de peito, dores de ventre e toda a espécie de males” (Monardes, 1571). As folhas do tabaco podiam ser usadas de várias formas: queimadas depois de secas, para inalação do fumo; frescas, em infusões, decocções e xaropes, bem como em compressas no tratamento de feridas. Era ainda usado sob a forma de pó, inalado ou misturado com outras substâncias, em forma de pasta para mascar, em enemas ou

em emplastos. O tabaco ganhou, assim, o estatuto de panaceia, erva para todos os males ou “erva-santa”.

A ideia do tabaco como panaceia prevaleceu ao longo dos séculos XVI e XVII. Na primeira metade do século XVIII, expande-se o uso do tabaco sob a forma de rapé, mais pelo prazer que proporcionava do que pelas suas alegadas propriedades curativas. No entanto, em períodos de epidemias, o tabaco continuou a ser fumado por homens, mulheres e crianças, como medida profiláctica (Stewart, 1967).

Nos finais do século XIX, alguns médicos relacionaram o consumo de tabaco com a doença coronária e a angina de peito, tendo por base a observação clínica de pacientes, grandes consumidores de tabaco, que melhoravam a sua sintomatologia quando interrompiam o consumo. Estas observações, associadas ao facto de o isolamento da nicotina ter mostrado os seus efeitos tóxicos, foram contribuindo para contrariar a ideia do tabaco como planta medicinal (Stewart, 1967).

O médico anatómopatologista John Lizars (Edimburgo), na sua obra *Practical observations on the use and abuse of tobacco*, publicada em 1857, documentou os efeitos adversos do uso do tabaco e a sua possível associação com o cancro da língua e da cavidade oral, com base nas suas observações clínicas. No entanto, os seus estudos provocaram acesa controvérsia, dividindo a classe médica da época. Várias cartas ao editor foram publicadas na revista *The Lancet*, testemunhando veementes posições de oposição ou de concordância (Walker, 1980).

No início do século XX, embora os médicos tivessem deixado de acreditar nos efeitos terapêuticos do tabaco, ainda prevalecia a ideia de que fumar moderadamente (*two pipes a day*) não era nocivo à saúde, podendo até ser benéfico como sedativo (Walker, 1980).

O cancro do pulmão era uma doença ainda rara nessa época, sendo de supor que o consumo de tabaco, em cachimbo ou em charutos, não era acompanhado pela inalação do fumo até aos alvéolos pulmonares, como viria a acontecer mais tarde com a introdução dos cigarros.

Com a invenção da máquina *Bonsak* para enrolar cigarros, patenteada em 1881, a capacidade para a sua produção, até aí manufacturada, regista um forte incremento (Galvéz Muñoz, 2006). São lançadas as primeiras marcas de cigarros, algumas das quais vendidas, ainda hoje, em todo o mundo. Nasce, deste modo, uma indústria que, um século depois, continua a influenciar a economia, quer a nível global, quer a nível de cada país, contribuindo para gerar importantes mais-valias económicas.

Durante a primeira Grande Guerra, os cigarros passaram a ser incluídos nas rações de combate distribuídas aos militares. Embora o seu consumo se popularize entre o sexo masculino, continua a ser socialmente censurado entre o sexo feminino.

Nos anos 20 do século passado, a indústria do tabaco, tendo como objectivo expandir o volume de vendas, dá início às primeiras campanhas de publicidade especificamente dirigidas às mulheres, tendo como principal mensagem o facto de o tabaco contribuir para a perda de peso e para uma imagem sofisticada e elegante (Kaufman e Nicther, 2001).

Numa estratégia de *marketing* bem concebida, arquitectada por Edward Bernays, um dos mais famosos publicitários da época, responsável pela introdução de princípios de base psicanalítica no campo das relações públicas e da publicidade, o consumo de tabaco é associado à emancipação feminina e ao direito de voto por parte das mulheres americanas. O movimento sufragista ficou indelevelmente associado ao uso do tabaco como símbolo de conquista do direito ao voto, mas também do direito a desfrutar de um “prazer” até aí exclusivo do sexo masculino. Fumar foi, assim, promovido a símbolo de liberdade (*torches of freedom*) e emancipação feminina (The Museum of Public Relations, 2010; Kaufman e Nicther, 2001).

Nesse período, em Londres, cerca de 80% dos homens eram fumadores, sendo comum os médicos oferecerem um cigarro aos seus pacientes, antes da realização de um exame médico (Keating, 2009). A partir dessa época, o número de casos de cancro do pulmão regista um aumento considerável, motivando a classe médica a encontrar uma explicação. Num artigo publicado em 1939, Ochsner e DeBakey escreviam:

*“... there are several explanations for the actual increase in the incidence of pulmonary malignancies, most of which have not been satisfactory. A number of theories have been suggested ... the inhalation of irritating gases such as war gas or gas originating from the increasing use of motor cars has been proposed as an etiological factor. In our opinion the increase in smoking with the universal custom of inhaling is probably a responsible factor, as the inhaled smoke, constantly repeated over a long period of time, undoubtedly is a source of chronic irritation to the bronchial mucosa.”*

Em 1950, quase em simultâneo, são publicados cinco trabalhos, nos Estados Unidos da América (EUA) e no Reino Unido, correlacionando o consumo de tabaco com o aparecimento de cancro do pulmão ou da árvore brônquica (Doll e Hill, 1950; Levin *et al.*, 1950; Mills e Porter, 1950; Schreck *et al.*, 1950; Wynder e Graham, 1950).

De todos estes estudos, os realizados por Richard Doll e Bradford Hill viriam a constituir um marco decisivo para a compreensão dos efeitos na saúde relacionados com o consumo de tabaco e dos benefícios decorrentes da cessação tabágica. O estudo inicial, de tipo caso-controlo, teve início em 1947, em doentes com cancro do pulmão, tendo como objectivo encontrar uma explicação para o súbito aumento do número de casos desta doença verificado no Reino Unido. Entre 1922 e 1947, o número de mortes por cancro do pulmão, naquele país, registou um aumento de cerca de quinze vezes, passando de 612 para 9287. Embora o crescimento da população após o final da I Grande Guerra pudesse explicar parte deste fenómeno, não era suficiente para justificar um tão elevado número de casos. Duas hipóteses explicativas foram colocadas: a primeira apontou a poluição atmosférica na cidade de Londres, devida ao aumento do tráfego automóvel; a segunda, o fumo do cigarro, cujo consumo se tinha tornado popular, em particular no sexo masculino (Keating, 2009). Foram entrevistados 2475 doentes internados em vinte hospitais de Londres. Os resultados indicavam o tabaco como principal factor etiológico dos cancros de pulmão analisados. “*Smoking is a factor, and an important factor in the production of carcinoma of the lung...*” foi a principal conclusão deste estudo (Doll e Hill, 1950). O mesmo tipo de estudo foi novamente realizado, desta vez em hospitais fora de Londres, com obtenção de resultados semelhantes, publicados em 1952 (Doll e Hill, 1952).

Em 1951, teve início um estudo de coorte, nos médicos ingleses. No âmbito deste trabalho foram inquiridos 34 439 médicos, cujas causas específicas de morte foram recolhidas durante 50 anos (Doll e Hill, 1954; Doll e Hill, 1956; Doll e Peto, 1976; Doll *et al.*, 1994; Doll *et al.*, 2004). A escolha desta população de estudo ficou a dever-se a vários motivos: os médicos saberiam reportar melhor os seus hábitos tabágicos e, em situação de doença, teriam certamente acesso a bons cuidados de saúde, pelo que, após a morte, seria possível obter uma certificação da respectiva causa com maior precisão. Por outro lado, seria fácil fazer o seu seguimento, dado existir um registo médico obrigatório no caso de continuarem a praticar medicina. Nas palavras de Doll e colaboradores (2004):



*“... The decision that this study would be conducted among doctors was taken partly because it was thought that doctors might take the trouble to describe their own smoking habits accurately, but principally because their subsequent mortality would be relatively easy to follow, as they had to keep their names on the medical register if they were to continue to practise. Moreover, as most doctors would themselves have access to good medical care, the medical causes of any deaths among them should be reasonably accurately certified.”*

Ao mesmo tempo, nos EUA, Wynder, Graham e Croninger (1953) publicavam os resultados de um estudo em que, pela primeira vez, se demonstrava a produção experimental do cancro. Foram usados ratinhos de laboratório, cuja pele, depois de barbeada, foi pincelada com alcatrão de cigarro, diluído em acetona, durante algumas semanas. No grupo de controlo apenas foi usada acetona. Dos ratinhos expostos ao alcatrão do cigarro, 59% desenvolveram papilomas e 44% carcinomas. Nenhum dos ratinhos no grupo controlo desenvolveu qualquer destas doenças.

Em Junho de 1957, o *Surgeon General* Leroy Burney declarou, como posição oficial do Departamento Americano de Saúde Pública, o reconhecimento da existência de uma relação causal entre o consumo de tabaco e o cancro do pulmão. Em 1962, o seu sucessor, recentemente nomeado, Luther Terry, anunciou a criação de um grupo de peritos cuja missão era proceder a uma revisão científica sobre o consumo de tabaco e os seus efeitos na saúde (US Department of Health and Human Services, 2009). Este grupo, com a ajuda de 150 colaboradores, levou a efeito uma revisão de mais de 7000 artigos científicos. O relatório produzido, divulgado em Janeiro de 1964, provocou um forte impacto na opinião pública, destacando-se as seguintes conclusões:

Nos homens, o consumo de cigarros foi responsável por um aumento de 70% nas taxas de mortalidade específicas por idade. Nas mulheres, esse aumento foi menos acentuado. O consumo de cigarros apresentou uma relação causal com o cancro do pulmão no homem. Na mulher, os dados apontaram na mesma direcção, embora o risco encontrado fosse inferior. Foi encontrada uma relação entre o risco de cancro, a duração do consumo e a dose de cigarros consumida. O risco diminuía com a cessação tabágica. Os homens fumadores apresentaram um risco de vir a sofrer de cancro do pulmão nove a dez vezes superior ao encontrado nos não fumadores. O consumo de cigarros foi considerado a causa mais importante de bronquite crónica,

bem como do aumento do risco de morte por esta doença e por enfisema. A taxa de mortalidade por doença coronária foi superior nos homens fumadores. O Relatório concluiu, ainda, existir uma relação causal entre o consumo de cigarros e o cancro da laringe. A associação com outros cancros, como o do esófago ou o da bexiga, foi mencionada, embora não tivesse sido estabelecida uma relação causal (US Department of Health, Education, and Welfare, 1964).

Na sequência deste trabalho, o Congresso dos EUA, em 1965, decretou que todas as embalagens de tabaco deveriam passar a conter avisos de saúde. Em 1969, foi proibida a publicidade ao tabaco, na rádio e na televisão (US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

Na segunda metade do século XX, foram publicados milhares de estudos documentando os efeitos do consumo de tabaco em diferentes órgãos e sistemas. Na medida em que a grande maioria dos efeitos na saúde apenas se torna visível decorridos vários anos de exposição ao fumo, foi necessário delinear estudos de investigação que permitissem avaliar, no tempo, as consequências dessa exposição, controlando, em simultâneo, potenciais variáveis de confundimento, conforme observado por Richard Peto<sup>2</sup> e outros (1996):

*“ ... For the past few decades it has been widely known in developed countries that tobacco is dangerous; but it is still insufficiently widely known how large these dangers are. This is partly because of the failure to take account of the very long delay, perhaps lasting several decades, between starting to smoke and its full effect and partly because of the failure to recognize the very many different effects that smoking may have...”*

Em matéria de estudos longitudinais de base populacional, é de fazer referência, para além dos trabalhos já citados, ao *Framingham Heart Study*, iniciado, em 1948, pelo National Heart, Lung and Blood Institute (EUA). Esta investigação, ainda em curso, teve por base uma coorte de 5209 indivíduos de ambos os sexos, dos 30 aos 62 anos, sob a liderança de Thomas Dauber, William Kannel e colaboradores, tendo em vista identificar os factores associados às doenças cardiovasculares. A associação entre o consumo de cigarros e o risco destas doenças, em especial nos homens entre os 45 e os 64 anos, foi amplamente documentada e prontamente reconhecida (Freund

---

<sup>2</sup> Richard Peto é Professor de estatística médica e epidemiologia. Foi um dos principais colaboradores de Richard Doll.

et al., 1992). Tornou-se também possível identificar os benefícios associados à cessação tabágica. Em 1978, Kannel e Gordon afirmavam:

*“... Evidence of the benefit of quitting cigarettes is provided by prospective studies which document a reduced incidence of coronary attacks in those who gave up smoking, but this effect cannot be demonstrated after age 65 .... The overall death rate is considerably lower in those who give up smoking despite the lack of change in the rate of new coronary attacks. There is adequate reason to advise the elderly to give up cigarettes, whether or not this reduces the risk of coronary attacks.”*

Em 2004, são publicados os resultados finais do estudo de coorte iniciado em 1951 por Richard Doll, Bradford Hill e colaboradores (Doll et al., 2004). Esta investigação, pela sua extensão temporal – meio século – e pela qualidade e rigor da metodologia adoptada, permitiu extrair importantes conclusões, das quais se destacam as seguintes:

Na coorte de médicos nascidos por volta de 1920, o uso prolongado do tabaco triplicou as taxas de mortalidade específica. Parar de fumar aos cinquenta anos diminuiu o risco para metade e parar de fumar antes dos trinta eliminou a quase totalidade do risco. Em média, os fumadores perderam cerca de dez anos de esperança de vida. Parar de fumar teve ganhos em qualquer idade. Parar aos sessenta, aos cinquenta, aos quarenta ou aos trinta anos permitiu recuperar, respectivamente, três, seis, nove ou dez anos de esperança de vida, potencialmente perdida se o consumo de tabaco não tivesse sido abandonado (Doll et al., 2004).

No mesmo ano, o US Department of Health and Human Services (2004) fez publicar o vigésimo oitavo *Surgeon General Report* sobre tabaco e saúde, no qual foram extensamente analisados, à luz de critérios de evidência científica, os resultados de quarenta anos de investigação, após a publicação do primeiro relatório, em 1964 (US Department of Health and Human Services, 2004).

Nos finais da década de 80 do século passado, foram publicados os primeiros trabalhos relacionando a exposição ao fumo ambiental com o aumento do risco de cancro do pulmão nos não fumadores expostos (Hirayama, 1981; 1984).

Em todo este período, a indústria do tabaco procurou, por diversos meios, desacreditar a evidência produzida pela comunidade científica, junto de decisores

políticos e opinião pública (Saloojee e Dagli, 2000; Ong e Glantz, 2000; WHO, 2006; 2008c). Ao mesmo tempo, perante normas de regulamentação progressivamente mais exigentes, não cessou de investigar e criar novos atractivos em torno dos seus produtos: cigarros com filtro, cigarros light, cigarros destinados às mulheres e, mais recentemente, cigarros com aromas atractivos para as crianças e adolescentes (Toll e Ling, 2005; Kaufman e Nicther, 2001, WHO, 2006; Klein *et al.*, 2008).

Em 2006, o US Department of Health and Human Services dedicou o 29.º Relatório do *Surgeon General* aos efeitos do fumo passivo na saúde. Em Dezembro de 2010, é publicado o 30.º relatório que actualiza a informação disponível nesta matéria (US Department of Health and Human Services, 2004; 2006; 2010).

Os efeitos na saúde decorrentes da exposição ao fumo do tabaco continuam a ser estudados. A associação com situações patológicas, para as quais a evidência não é ainda suficiente, poderá vir a ser estabelecida no futuro.

### 1.3. Consumo de tabaco e efeitos na saúde

Existe uma relação “dose-tempo-resposta”, nem sempre linear, entre o consumo de cigarros e os seus efeitos na saúde.

Nas pessoas fumadoras com menos de 45 anos, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte atribuível ao consumo de tabaco. O excesso de mortalidade por cancro do pulmão aumenta abruptamente a partir dos 50 anos, enquanto que o excesso de mortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ocorre principalmente a partir dos 70 anos (US Department of Health and Human Services, 2010).

Contrariando a convicção de que os baixos consumos não apresentam risco, diversos estudos publicados mostram que os consumos inferiores a cinco cigarros por dia poderão estar associados a um aumento de mortalidade por todas as causas e por doença isquémica cardíaca, em ambos os sexos, e a um aumento da mortalidade por cancro do pulmão, mais acentuado no sexo feminino (Bjartveit e Tverdal, 2005). Estes resultados reiteram o princípio da não existência de níveis seguros de exposição ao fumo do tabaco (US Department of Health and Human Services, 2010).

#### 1.3.1. Consumo de tabaco – uma dependência

A dependência da nicotina encontra-se contemplada na 10.<sup>a</sup> Classificação Internacional das Doenças (CID-10), desde 1992 (WHO, 1992), e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), desde 1994.

É a presença de nicotina que induz a persistência do consumo de tabaco. Esta substância apresenta propriedades psicoactivas, com capacidade para provocar dependência física e psicológica, por processos neuroquímicos semelhantes aos induzidos pela cocaína ou pela heroína. Essa persistência, por sua vez, cria condições para que as diferentes substâncias existentes no fumo exerçam, ao longo do tempo, os seus efeitos nocivos a nível celular, em diferentes órgãos e sistemas (WHO, 1992; American Psychiatric Association, 1996; WHO, 2004a; US Department of Health and Human Services, 1988; 2010).

A nicotina é um estimulante psicomotor e, nos novos utilizadores, reduz o tempo de reacção, melhora a atenção e a memória e diminui o apetite. Em função da dose

consumida tem acção tranquilizante, contribuindo para reduzir o *stress* e a ansiedade (American Psychiatric Association, 1996; Watkins; Koob; Markou, 2000; WHO, 2004a, Balfour, 2004).

Os sintomas de dependência da nicotina podem surgir dias ou semanas após o uso ocasional, muitas vezes antes de um consumo diário e regular se ter instalado (DiFranza *et al.*, 2000; Savageau; Mowery; DiFranza, 2009). Porém, nem todos os adolescentes ou jovens que experimentam fumar se tornam dependentes, estimando-se que apenas um terço venha a fumar diariamente durante a idade adulta (US Department of Health and Human Services, 2010).

Uma vez absorvida, a nicotina atinge o cérebro em menos de dez segundos. A este nível, activa os receptores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo, levando à produção de dopamina e à sua libertação, através dos neurónios axonais, no *nucleus accumbens*, zona cerebral importante na aprendizagem, bem como na motivação dos comportamentos, devido às suas conexões com o denominado sistema de recompensa (WHO, 2004a; Balfour, 2004; Sena e Ferret-Sena, 2004; Le Foll e George, 2007; US Department of Health and Human Services, 2010).

A estimulação dos receptores nicotínicos, para além da acção sobre o sistema dopaminérgico e o *nucleus accumbens*, parece actuar também sobre outras áreas cerebrais, designadamente sobre o hipocampo, provocando melhoria da atenção e da memória, sobre o córtex pré-frontal, relacionado com o processamento cognitivo e o comportamento social, e sobre o sistema noradrenérgico, a nível do *locus coeruleus*, na protuberância, implicado na resposta ao stress e na depressão (Watkins; Koob; Markou, 2000; Lambe; Picciotto; Aghajanian, 2003; Sena e Ferret-Sena, 2004; WHO, 2004a; Gahring e Rogers, 2006).

A nicotina pode estimular outros receptores, designadamente os receptores GABA (ácido gama-aminobutírico), cuja activação poderá funcionar como mediadora das suas propriedades de reforço (Laviolette e Kooy, 2004; Sena e Ferret-Sena, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).

Parece existir alguma evidência de que a exposição repetida à nicotina possa provocar, também, uma diminuição selectiva da concentração de serotonina no hipocampo e provavelmente na amígdala. As consequências comportamentais ou emocionais desta neuroadaptação são pouco claras, colocando-se a hipótese de que possam estar associadas a sintomas como o humor depressivo, a irritabilidade ou a impulsividade, verificados na síndrome de privação a esta substância.

A grande maioria das pessoas fumadoras apresenta critérios de dependência. Algumas, no entanto, conseguem parar de fumar com relativa facilidade, não manifestando sintomas acentuados de privação. Factores genéticos, psicológicos e sociais poderão estar na origem desta diferente susceptibilidade individual à nicotina (Nestler, 2002; WHO, 2004a; US Department of Health and Human Services, 2010).

A metabolização da nicotina em cotinina, que ocorre maioritariamente no fígado, depende, numa primeira fase, da acção do citocromo *P450 (CYP)*, que se apresenta sob diferentes formas ou isoenzimas. Pensa-se que a variabilidade genética individual de uma destas isoenzimas – o *CYP2A6* – esteja na origem de uma diferente metabolização da nicotina. Os metabolizadores lentos necessitam de fumar menos, enquanto que os metabolizadores rápidos necessitam de fumar mais, a fim de manterem os níveis sanguíneos e cerebrais de nicotina constantes (Nakajima; Kuroiwa; Yokoi, 2002; WHO, 2004a; Sena e Ferret-Sena, 2004; Lerman; Schnoll; Munafò, 2007).

Os receptores nicotínicos a nível cerebral apresentam-se constituídos por subunidades proteicas – de tipo  $\alpha$  ou de tipo  $\beta$  – habitualmente combinadas entre si. As combinações  $\alpha 4 \beta 2$  e o subtipo constituído apenas por subunidades  $\beta 7$  são as mais frequentes. A combinação  $\alpha 4 \beta 2$  tem sido bastante estudada pela sua aparente responsabilidade nas diferenças individuais de afinidade à nicotina. Experiências com ratinhos (*knock-out*) revelaram que a ausência de algumas destas subunidades, designadamente da  $\beta 2$ , parece induzir menor susceptibilidade à acção daquela substância e menor libertação de dopamina. Estes estudos têm contribuído para uma melhor compreensão da variabilidade genética e fenotípica na dependência tabágica, podendo ajudar a explicar a razão pela qual nem todos os consumidores de tabaco apresentam dependência e, pelo contrário, alguns apresentam extrema dificuldade em parar de fumar (Nomikos *et al.*, 2000; Salas; Pieri; Biasi, 2004; WHO, 2004a; Rogers; Gould; Baker, 2009). Um dos fármacos recentemente disponível para tratamento da dependência nicotínica, a vareniclina, actua, precisamente, nestes receptores cerebrais (Jorenby *et al.*, 2006; Zwar *et al.*, 2007; Fiore *et al.*, 2008; US Department of Health and Human Services. NIH. National Cancer Institute, 2009).

Uma vez instalada a dependência da nicotina, a interrupção do consumo provoca síndrome de abstinência que, de acordo com a CID-10 (código F17.3), se caracteriza por forte desejo de voltar a fumar (*craving*), mesmo quando já existem sintomas de doença, dificuldade de concentração, humor disfórico ou deprimido,

irritabilidade, frustração, ansiedade, depressão, alterações do sono, diminuição do ritmo cardíaco, disforia, cansaço e aumento do apetite. Parar de fumar definitivamente é difícil e a probabilidade de recaída elevada (Hyman e Malenka, 2001; WHO, 1992; 2004a).

Embora a nicotina seja a principal substância indutora de dependência, é possível que outras substâncias existentes no tabaco, em conjugação com factores de condicionamento psicológico e social, possam estar implicados neste processo, dado o baixo poder aditivo da nicotina quando consumida na sua forma terapêutica (Jarvis, 2004, Sena e Ferret-Sena, 2004; WHO, 2004a, Le Foll e George, 2007; Balfour, 2008; Benowitz, 2008).

Os mecanismos e efeitos neurobiológicos da nicotina continuam em investigação no âmbito das neurociências e da genética molecular. Dos seus resultados nascerá com certeza uma melhor compreensão do processo de adição da nicotina e, eventualmente, de outras substâncias existentes no tabaco, o que permitirá vir a melhorar a efectividade preventiva e terapêutica (White, 2002; WHO, 2004a; Nunes, 2006; Fiore *et al.*, 2008; US Department of Health and Human Services. NIH. National Cancer Institute, 2009; US Department of Health and Human Services, 2010).

### 1.3.2. Consumo de tabaco e cancro

O consumo de tabaco é a primeira causa evitável de cancro. De acordo com estimativas para os EUA, o consumo de tabaco contribui para cerca de 30% do total de mortes anuais provocadas por esta doença (Doll e Peto, 1981; American Cancer Society, 2010).

A análise dos constituintes químicos do fumo do tabaco permitiu identificar até hoje mais de sessenta substâncias com efeitos cancerígenos no homem (US Department of Health and Human Services, 1988; 2010). O consumo de produtos do tabaco sem fumo (tabaco de mascar ou *snus*) e a exposição ao fumo ambiental do tabaco são igualmente nocivos para a saúde, dada a presença de substâncias cancerígenas na constituição da folha da planta e no fumo ambiental (IARC, 1986; 2004; US Department of Health and Human Services, 2006; 2010).

A biologia molecular permite, hoje, identificar vários biomarcadores da exposição às substâncias cancerígenas específicas do fumo do tabaco. Através de investigação experimental, foi possível demonstrar que a exposição aos hidrocarbonetos



policíclicos aromáticos, um dos carcinogêneos mais potentes existentes no fumo do tabaco, actua sobre o ADN, levando à formação de aductos, que podem induzir mutações genéticas e posteriormente o cancro. A idade de início do consumo de tabaco parece estar relacionada com o número de aductos de ADN em circulação. Contudo, em pessoas geneticamente susceptíveis, estas mutações a nível do ADN podem ocorrer independentemente da intensidade e do tempo de exposição, facto que contribui para sustentar o princípio da não existência de níveis seguros de exposição ao fumo do tabaco (Hecht, 2003; Stämpfli e Anderson, 2009; US Department of Health and Human Services, 2010).

O gene supressor de tumores *p53* tem sido exaustivamente estudado, parecendo existir um padrão de mutação específico deste gene nos fumadores. Outros estudos têm procurado avaliar a implicação das formas enzimáticas do citocromo *P* - 450 na génese do cancro, com base na hipótese de que a variação na metabolização das substâncias cancerígenas, por via destas enzimas, levaria a variações nas doses de exposição (US Department of Health and Human Services, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).

Actualmente, existe evidência suficiente de que o consumo de cigarros é causa de cancro do pulmão, da cavidade oral, da faringe, da laringe, do esófago, do pâncreas e do estômago. Foi igualmente estabelecida a existência de associação causal com os cancros da bexiga, do rim, do colo do útero e com a leucemia mielóide aguda (US Department of Health and Human Services, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).

De acordo com a OMS, estima-se que, nos países industrializados, o consumo de tabaco seja responsável por cerca de 90% dos cancros do pulmão no homem e por cerca de 70% na mulher (WHO, 2002).

Nos EUA, a incidência de cancro do pulmão nas mulheres tem registado um aumento significativo, em paralelo com o aumento do consumo do tabaco verificado neste sexo, nos últimos anos. Desde 1987, o cancro do pulmão nas mulheres americanas passou a ser a primeira causa de morte por esta doença, ultrapassando o cancro da mama, até aí a causa de cancro mais frequente (US Department of Health and Human Services, 2001). De acordo com o US Department of Health and Human Services, nos fumadores de cigarros, o risco de morte por cancro do pulmão é 23 vezes maior nos homens e cerca de treze vezes maior nas mulheres, em comparação

com os não fumadores da mesma idade e sexo (US Department of Health and Human Services, 2004).

Há evidência de que o uso do tabaco, nos fumadores de cachimbo, é factor etiológico do cancro do lábio. O cancro da cavidade oral, na maior parte dos casos precedido de leucoplasia, está associado ao consumo de tabaco sob todas as formas – cachimbo, charuto e tabaco de mascar. As lesões de leucoplasia podem regredir no caso de o fumador parar de fumar. Nos fumadores regulares de charutos há um aumento do risco de cancro do pulmão, da cavidade oral, da laringe e do esófago (Baker *et al.*, 2000; US Department of Health and Human Services. NIH. National Cancer Institute, 1998).

Existe evidência sugestiva, mas não suficiente, de que fumar poderá estar associado à polipose adenomatosa e ao cancro do cólon e do recto, bem como ao cancro do fígado, em ambos os sexos (US Department of Health and Human Services, 2004).

### 1.3.3. Consumo de tabaco e doenças cardiovasculares

O consumo de tabaco é um dos principais factores de risco de doenças cardiovasculares. O risco aumenta, de modo não linear, com o número de cigarros fumados e a duração do consumo. Quando outros factores de risco se aliam ao hábito de fumar, como o colesterol elevado, a hipertensão ou a obesidade, há um aumento sinérgico do risco de aparecimento e agravamento destas doenças (Ockene e Miller, 1997; US Department of Health and Human Services, 2004; 2010;).

Vários estudos evidenciaram a associação entre consumo de tabaco e um decréscimo da função vasodilatadora do endotélio, uma das primeiras manifestações de aterosclerose. Sabe-se que a resposta inflamatória é uma componente essencial da iniciação e evolução da aterosclerose. Fumar induz um processo inflamatório a nível pulmonar, que se traduz sistemicamente por uma resposta inflamatória generalizada, manifestada por um aumento dos leucócitos e dos níveis de proteína C-*reactiva*. Vários estudos mostraram que os doentes com valores aumentados dos leucócitos apresentam um risco mais elevado de doença coronária, de AVC e de morte súbita (Ambrose e Barua, 2004; US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

Fumar compromete a oxigenação dos tecidos, por um lado, devido aos efeitos vasomotores, por outro, devido aos níveis aumentados de carboxi-hemoglobina, em resultado da exposição ao monóxido de carbono existente no fumo. Uma eritrocitose compensatória pode ser encontrada em alguns fumadores, particularmente quando o consumo de tabaco é elevado.

As pessoas fumadoras apresentam um perfil lipídico favorável ao desenvolvimento de aterosclerose, que se caracteriza por concentrações séricas mais elevadas de colesterol total e lipoproteínas de baixa densidade (LDL), por níveis diminuídos de lipoproteínas de alta densidade (HDL) e por um aumento dos triglicéridos (US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

A aterosclerose é a causa mais comum de obstrução dos vasos sanguíneos periféricos, cuja manifestação clínica mais frequente é a claudicação intermitente. A associação causal com o consumo de tabaco está bem estabelecida. Nestes pacientes, fumar aumenta o risco de sintomas isquémicos agudos graves.

A doença de Buerger, uma forma rara de doença vascular periférica, que afecta quase exclusivamente fumadores jovens do sexo masculino, embora de causa desconhecida, está igualmente relacionada com o consumo de tabaco. Parar de fumar é o único tratamento conhecido e a única forma de evitar a progressão para a gangrena (US Department of Health and Human Services, 2004; Cooper *et al.*, 2006).

No que respeita às doenças trombóticas, o consumo de tabaco actua sobre as plaquetas, que registam uma maior activação e adesividade. O fibrinogénio, bem como alguns factores hemostáticos (antitrombina III), apresenta-se igualmente aumentado nas pessoas fumadoras (Ambrose e Barua, 2004; US Department of Health and Human Services, 2004).

O risco de morte súbita por ataque cardíaco devido ao aumento da adesividade das plaquetas, à libertação de catecolaminas, a trombose aguda e a arritmia ventricular apresenta-se aumentado nas pessoas fumadoras. De acordo com os dados do *Framingham Heart Study*, os fumadores apresentaram um risco de morte por ataque cardíaco três vezes superior ao verificado nos não fumadores da mesma idade e sexo (Kannel *et al.*, 1975).

Fumar aumenta o risco de desenvolver doença coronária. Por sua vez, a doença coronária provocada pelo fumo do tabaco pode contribuir para o aparecimento de insuficiência cardíaca congestiva (Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

De acordo com o US Department of Health and Human Services (2004), os fumadores apresentam, relativamente aos não fumadores, um risco duas a quatro vezes superior de desenvolverem doença coronária e o dobro do risco de sofrerem um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Os estudos de Richard Doll, nos médicos ingleses, revelaram um aumento do risco de morte por aneurisma da aorta abdominal entre os fumadores, relativamente aos não fumadores (Doll e Peto, 1994; US Department of Health and Human Services, 2004).

#### 1.3.4. Consumo de tabaco e doenças respiratórias

Segundo o US Department of Health and Human Services (2004; 2010), existe evidência suficiente de que o consumo de tabaco é causa de doença pulmonar obstrutiva crónica, de pneumonia, de doenças respiratórias agudas e de sintomatologia respiratória em adultos. Cerca de 10 a 20% das pessoas fumadoras desenvolvem doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Fumar provoca um processo inflamatório a nível pulmonar, com aumento da libertação de proteases, cuja acção é contrariada pela libertação de antiproteases protectoras do parênquima pulmonar. A deficiência em  $\alpha$ 1-Antitripsina e variações genéticas em determinados genes da família das SERPINAS (**SER**ine **P**roteinase **I**Nhibitors) parecem estar envolvidas na etiologia da DPOC induzida pela exposição ao fumo do tabaco, inibindo a produção das referidas antiproteases (DeMeo e Silverman, 2004; Fujimoto *et al.*, 2010).

Cerca de 90% das mortes por esta doença, quer na mulher, quer no homem, são devidas ao consumo de cigarros (US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

Os fumadores registam um declínio prematuro e mais rápido da função pulmonar. Fumar durante a infância e a adolescência é causa de alteração da maturação pulmonar, existindo uma associação causal entre fumar e o aparecimento de sintomas asmáticos. Há evidência sugestiva de que fumar agrava o prognóstico da asma, dificultando o seu tratamento. Dados de vários estudos sugerem uma associação entre fumar e a infecção pelo bacilo da tuberculose (US Department of Health and Human Services, 2004).

### 1.3.5. Consumo de tabaco e doenças do aparelho gastrointestinal

O consumo de tabaco contribui para aumentar o risco de diversas doenças do aparelho gastrointestinal, designadamente: cancro do esófago, do estômago, do pâncreas, do fígado e do cólon, refluxo gastro-esofágico, úlcera péptica e doença de Chron. As pessoas fumadoras apresentam um risco mais elevado de morte por úlcera péptica do que as pessoas não fumadoras (Thomas; Rhodes; Ingram, 2005; US Department of Health and Human Services, 2004). O consumo de tabaco poderá estar associado a um risco moderadamente diminuído de colite ulcerosa, possivelmente devido à sua acção imunodepressora. A utilização de adesivos de nicotina de elevada dosagem parece beneficiar a sintomatologia em situações leves a moderadas, embora não conduza à sua remissão. Os estudos nesta área são, no entanto, ainda insuficientes (Pullan, 1994; Sandborn *et al.*, 1997; Sopori, 2002; Gahring e Rogers, 2006).

### 1.3.6. Consumo de tabaco e perturbações endócrinas

Fumar actua sobre a tiróide, constituindo um factor de risco de doença de Graves, de oftalmopatia de Graves e de alterações das hormonas tiroideias. A tiroidite auto-imune e o aparecimento de bócios de pequenas dimensões são mais frequentes em pessoas fumadoras (Kapoor e Jones, 2005; US Department of Health and Human Services, 2004).

Fumar pode aumentar a resistência à insulina, favorecendo o aparecimento de diabetes tipo 2, quer em homens, quer em mulheres. Vários estudos em fumadores diabéticos parecem mostrar um maior risco de morbilidade e de mortalidade precoce, associado às complicações macro e microvasculares (US Department of Health and Human Services, 2010).

A nefropatia e a albuminúria são mais frequentes em diabéticos fumadores. Da mesma forma, alguns estudos mostraram um aumento da ocorrência de neuropatia periférica em diabéticos de tipo 1. O risco aumenta com a dose de exposição e com a idade de início do consumo (American Diabetes Association, 2003; US Department of Health and Human Services, 2010).

Fumar é um factor de risco de osteoporose, aumentando o risco de fractura, em particular em mulheres pós-menopáusicas, muito possivelmente devido a alterações

do metabolismo do cálcio, a par de outras alterações hormonais, designadamente do aumento do cortisol, dos androgéneos suprarrenais e do seu efeito anti-estrogénico (US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

#### 1.3.7. Consumo de tabaco e saúde mental

A dependência da nicotina constitui uma perturbação da saúde mental, sendo, como já foi referido, classificada desse modo pelo DSM-IV e pela ICD-10.

As prevalências de consumo de tabaco são mais elevadas em pessoas com problemas de saúde mental e em doentes psiquiátricos internados em instituições.

Conforme observado por Acton e outros (2001), a nicotina é a substância mais consumida pelos pacientes com problemas psiquiátricos, estimando-se que cerca de 50% sejam fumadores.

Cerca de 90% dos doentes com esquizofrenia são fumadores, apresentando consumos diários elevados e uma grande dificuldade em parar de fumar (McNeill, 2001; Watkins; Koob; Markou, 2000).

A associação entre consumo de tabaco e depressão é bem conhecida, estimando-se que mais de metade dos fumadores de ambos os sexos tenham história de depressão clínica. Os fumadores que referem o alívio de sintomas depressivos como motivo para continuarem a fumar apresentam, habitualmente, maior dificuldade em deixar de fumar (McNeill, 2001; Dierker *et al.*, 2002).

#### 1.3.8. Consumo de tabaco e doenças neurológicas

Alguns estudos evidenciaram um decréscimo da ocorrência de duas doenças neurodegenerativas – a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson – em pessoas fumadoras, por mecanismos ainda pouco conhecidos. É de notar, no entanto, que a possível utilização terapêutica da nicotina no tratamento ou prevenção destas doenças parece limitada, dada a dificuldade de lidar, a longo prazo, com doenças degenerativas de carácter progressivo (Rusted; Newhouse; Levin, 2000; Fratiglioni e Wang, 2000).

### 1.3.9. Consumo de tabaco e efeitos na saúde reprodutiva

Devido aos seus efeitos anti-estrogénicos, fumar aumenta o risco de infertilidade e a dificuldade em engravidar, dificultando igualmente as tentativas de procriação medicamente assistida (US Department of Health and Human Services, 2010).

Fumar, em conjugação com o uso de contraceptivos orais combinados, aumenta o risco de doença coronária e de acidentes vasculares cerebrais (Schiff *et al.*, 1999; US Department of Health and Human Services, 2010).

Durante a gravidez, fumar constitui um grave risco quer para a mãe, quer para o feto. Existe evidência suficiente de que o consumo de cigarros durante a gravidez é causa de atraso de crescimento intra-uterino, de baixo-peso ao nascer, de ruptura precoce das membranas, de placenta prévia, de descolamento da placenta e de gravidez de pré-termo. Há evidência sugestiva de que fumar possa induzir um ligeiro aumento do risco de gravidez ectópica e de aborto espontâneo (US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

A associação entre fumar durante a gravidez e as malformações congénitas do feto não está ainda completamente estudada, existindo uma possível associação com a fenda palatina e com algumas malformações cardíacas (Little; Cardy; Munger, 2004; Malik *et al.*, 2008).

O risco de mortalidade perinatal e de morte súbita do lactente é mais elevado nos filhos de grávidas e de mães fumadoras. As mulheres que deixam de fumar antes ou durante os primeiros meses de gravidez reduzem os riscos decorrentes do consumo de tabaco (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1997; British Medical Association, 2004; US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

A idade da menopausa nas mulheres fumadoras ocorre, em média, cerca de dois anos antes da verificada em mulheres não fumadoras. As mulheres fumadoras pós-menopáusicas apresentam um risco aumentado de osteoporose e de fractura do colo do fémur (British Medical Association, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).

No homem fumador há evidência suficiente da existência de associação entre fumar e a diminuição da qualidade e quantidade do esperma. Os tratamentos de fertilidade podem apresentar pior prognóstico. Existe evidência sugestiva de que fumar

aumenta o risco de disfunção erétil (US Department of Health and Human Services, 2004; Millet *et al.*, 2006).

#### 1.3.10. Outros efeitos na saúde

Segundo o US Department of Health and Human Services (2004), a evidência é suficiente para estabelecer uma relação causal entre consumo de tabaco e a catarata nuclear. O risco é mais acentuado nos grandes fumadores.

O consumo de cigarros está associado ao envelhecimento da pele, à formação precoce de rugas e ao aumento do risco de carcinoma pavimentocelular, de psoríase e de hidradenite supurativa. Fumar dificulta a cicatrização e agrava as lesões da pele associadas à diabetes, ao Lúpus e à SIDA (Anatoli, 2004; Raitio *et al.*, 2004; US Department of Health and Human Services, 2004; Placzec *et al.*, 2004).

A maioria dos fumadores aparenta uma idade superior à real e piores níveis de saúde do que as pessoas não fumadoras, existindo evidência suficiente de uma relação causal entre o consumo de tabaco, o absentismo ao trabalho e uma maior utilização de serviços de saúde (US Department of Health and Human Services, 2004; 2010).

#### 1.3.11. Benefícios associados à cessação tabágica

Parar de fumar tem sempre benefícios, imediatos e a longo prazo, em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco. Embora deixar de fumar seja benéfico em qualquer idade, os ganhos são tanto maiores quanto mais cedo tiver lugar o abandono definitivo do consumo de tabaco. Os ex-fumadores gozam de melhor saúde do que os fumadores que continuam a fumar e têm uma percepção mais favorável da sua saúde.

De acordo com os estudos de Richard Doll e colaboradores (2004), as pessoas fumadoras que abandonam o hábito antes dos 50 anos diminuem para metade o risco de morte nos próximos quinze anos, em comparação com as pessoas que continuam a fumar. As que param antes dos 30 anos diminuem quase totalmente o excesso de risco.

Os benefícios da cessação tabágica são visíveis após algumas horas. Assim, decorridas 12 horas após o último cigarro, os níveis de monóxido de carbono no



sangue diminuem e os níveis de oxigénio aumentam. Decorridas 72 horas, a capacidade pulmonar melhora e a respiração torna-se mais fácil. Após um a dois meses, há uma melhoria do paladar e do olfacto, bem como da cor e do aspecto da pele. Passadas duas semanas a três meses, o risco de ataque cardíaco começa a diminuir. Decorridos quinze anos de abstinência, o risco de doença cardiovascular é igual ao das pessoas que nunca fumaram da mesma idade e sexo. Após cinco a quinze anos de abstinência, o risco de acidente vascular cerebral iguala o verificado em não fumadores. O prognóstico e a recuperação dos doentes cardiovasculares é melhor nos doentes que deixam de fumar, verificando-se um aumento das taxas de sobrevivência pós-enfarte. O risco de cancro diminui progressivamente à medida que o tempo de abstinência aumenta, embora se mantenha acima do encontrado entre as pessoas, da mesma idade e do mesmo sexo, que nunca fumaram. Após cinco anos de abstinência, o risco de cancro da cavidade oral e do esófago desce para metade, em comparação com o verificado nas pessoas que continuam a fumar. Após dez anos de abstinência, este risco corresponde a cerca de 30 a 50% do verificado nas pessoas que continuam a fumar. Deixar de fumar reduz a sintomatologia e as infecções respiratórias, como a bronquite e a pneumonia. A taxa de mortalidade nas pessoas fumadoras com doença pulmonar obstrutiva crónica diminui com a cessação tabágica (US Department of health and Human Services, 1990; 2004).

Por outro lado, a promoção da cessação tabágica contribui para diminuir a visibilidade social do acto de fumar, o que constitui uma importante estratégia para prevenir a iniciação do consumo, por parte das crianças e jovens, e para evitar a exposição ao fumo ambiental do tabaco das pessoas não fumadoras.

#### 1.4. Epidemiologia do consumo de tabaco em Portugal

A prevalência do consumo de tabaco na população residente em Portugal tem registado um ligeiro decréscimo ao longo das últimas duas décadas.

Dados recolhidos pelo último Inquérito Nacional de Saúde (2005/06) referentes à população residente em Portugal, com 15 e mais anos, revelaram uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais (dados ponderados para a população portuguesa), de 20,9%. A prevalência de consumidores diários situou-se nos 18,7% dos residentes em Portugal. Os ex-fumadores corresponderam a 16,1% da mesma população. As prevalências de consumo variaram entre sexos: 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa com 15 e mais anos de idade, INS 2005/2006 (% ponderadas para a população)

Sexo	Fumadores (%)	Nunca fumadores (%)	Ex-fumadores (%)
Homens	30,9	43,1	26,0
Mulheres	11,8	81,3	6,9
Total (H, M)	20,9	63,0	16,1

Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. - Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.

Analisando os dados amostrais não ponderados, relativos a Portugal Continental, referentes à população de 15 e mais anos de idade, recolhidos nos quatro Inquéritos Nacionais de Saúde até hoje realizados, observa-se uma tendência ligeiramente decrescente na proporção de fumadores diários, conforme Quadro 2., resultante da diminuição do número de consumidores no sexo masculino e do seu aumento no sexo feminino (Portugal. MS. DGS, 2009). Estas tendências são compatíveis com a fase de transição entre o estágio II e o estágio III das curvas de evolução da “epidemia” do consumo de tabaco, propostas por Lopez, Collishaw e Phia, em 1994, (Fraga *et al.*, 2005; Santos e Barros, 2004), que se traduz, no sexo

masculino, pelo declínio do consumo de tabaco e pelo aumento gradual da mortalidade e, no sexo feminino, pelo aumento do consumo e da mortalidade, por doenças associadas ao tabaco.

Quadro 2. Fumadores diários nos inquiridos com 15 e mais anos de idade  
INS - Continente (% não ponderadas para a população).

Sexo	1987 (%)	1995/1996 (%)	1998/1999 (%)	2005/2006 (%)
Homens	33,3	29,2	29,3	26,1
Mulheres	5,0	6,5	7,9	9,0
Total (H, M)	18,4	17,3	18,0	17,2

Fonte: Portugal. MS. DGS. - Avaliação intercalar do impacte da nova legislação de prevenção do tabagismo (Lei 37/2007, de 14 de Agosto) Relatório intercalar a 31 de Dezembro de 2009. Portugal. MS.DGS, 2009.

As prevalências de fumadores (diários e ocasionais) mais elevadas ocorreram no grupo etário dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos (44,5% nos homens e 20,9% nas mulheres), conforme Quadro 3. (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

Analizadas as prevalências do consumo de tabaco, ponderadas e padronizadas pela idade e pelo sexo, em função dos anos de escolaridade com aproveitamento, verificou-se que, nos homens com menor nível de escolaridade, a prevalência de consumo (32,5%) foi superior à encontrada nos homens com mais de 12 anos de escolaridade (24,1%). Dos homens com mais de doze anos de escolaridade, 37,5% nunca tinham fumado e 15,8% eram ex-fumadores.

No sexo feminino, as mulheres com menor grau de instrução apresentaram prevalências de consumo (7,3%) inferiores às encontradas nas mulheres com mais de doze anos de escolaridade. Destas, 14,5% eram fumadoras, 53,0% nunca tinham fumado e 10,1% referiram ser ex-fumadoras (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

Quadro 3. Prevalências de consumo de tabaco ponderadas para a população residente em Portugal, por sexo e grupo etário. (Dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/06).

Sexo Masculino	Fumadores (%)	Nunca fumadores (%)	Ex-fumadores (%)
25-34	39,3	47,5	13,2
35-44	44,5	33,6	21,9
45-54	34,4	32,0	33,6
55-64	21,7	35,4	43,0
65-74	13,1	45,1	41,8
Sexo Feminino	Fumadores (%)	Nunca fumadores (%)	Ex-fumadores (%)
25-34	17,8	73,2	9,0
35-44	20,9	67,6	11,5
45-54	12,5	78,5	9,0
55-64	5,6	89,1	5,3
65-74	1,6	96,7	1,7

Fonte: Adaptado de: Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. - Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.

À medida que as prevalências de consumo diminuem nos estratos socioeconómicos mais elevados, observa-se uma tendência do seu aumento nas classes sociais mais baixas e nos países com menor poder económico, situação que concorre para agravar o gradiente social em saúde (WHO, 2008b; David, 2010).

Conforme se refere numa recente publicação da OMS sobre equidade e desigualdades sociais, "... tobacco use is a marker of social inequity ... the provision of cessation services to tobacco users constitutes the major service intervention for reducing tobacco consumption, and has the potential to reduce health inequities if designed to target current tobacco users from disadvantaged groups." (David, 2010).

#### 1.4.1. Os médicos e o consumo de tabaco

A profissão médica nem sempre foi um bom exemplo para a população em matéria de consumo de tabaco. Na primeira metade do século passado a imagem dos médicos foi largamente utilizada na publicidade ao tabaco, em revistas e jornais de

grande expansão, incluindo jornais e revistas médicas de prestígio, como o *Journal of American Medical Association* (Gardner e Brandt, 2006).

Em 1953, a direcção deste jornal decidiu deixar de aceitar a inserção de publicidade ao tabaco nas suas publicações e proibiu as companhias de tabaco de fazerem publicidade ou oferecerem os seus produtos em reuniões e congressos médicos. A última publicidade ao tabaco com recurso à imagem dos médicos teve lugar em 1954, no âmbito de uma campanha sobre cigarros com filtro, sob o *slogan* "just what the doctor ordered!". Estes cigarros eram publicitados como sendo inteiramente seguros (*entirely harmless*), devido ao filtro especial de "micronite", apresentado como capaz de filtrar totalmente o fumo (*effectively filtered the smoke*). Esta campanha foi vivamente condenada pela American Medical Association, dando-se, assim, por finda a utilização da imagem dos médicos na promoção do consumo de tabaco nos EUA (Gardner e Brandt, 2006).

No nosso País, na década de 70, do século passado, a imagem dos médicos associada ao consumo de tabaco era ainda usada e permitida (Silva, 2010). A publicidade ao tabaco viria a ser totalmente proibida em Portugal em 1982<sup>3</sup>.

Após os estudos iniciais, efectuados na década de 50 do século passado, que revelaram uma associação causal entre consumo de tabaco e o cancro do pulmão, tem vindo a assistir-se a um declínio do consumo de tabaco entre os médicos. Richard Doll e colaboradores (1994) mostraram que, no Reino Unido, este consumo desceu de 62%, em 1951, para 18%, em 1990. Actualmente, menos de 5% dos médicos no Reino Unido, na Austrália e nos EUA são fumadores (Nelson *et al.*,1994; Smith e Leggat, 2007; Tong *et al.*,2010).

Contudo, esta tendência de decréscimo não foi generalizada, sendo possível documentar prevalências elevadas de consumo de tabaco entre os médicos, em diversos países. Numa revisão efectuada por Smith e Leggat (2007), abrangendo o período de 1974 a 2004, foi amplamente documentada essa diversidade de prevalências: numa amostra de médicos de família franceses, em 1998, foi obtida uma taxa de prevalência de fumadores de 32,1%, 33,9% nos homens e 25,4% nas mulheres. Na Grécia, foi encontrada uma prevalência de 49% de médicos fumadores. Na China, 61% dos médicos eram fumadores, não existindo consumo expressivo no

---

<sup>3</sup> Lei n.º 22/1982, de 17 de Agosto, DR n.º 189, 1.ª série.

sexo feminino. Em Itália, 34% das médicas referiram ser fumadoras, (Hajjar *et al.*, 2006; Josseran *et al.*, 2005; Li *et al.*, 2007; Smith e Leggat, 2007).

Em Portugal, os primeiros estudos sobre os hábitos tabágicos dos médicos portugueses datam do início da década de 80 do século passado. Medeiros e outros (1982) encontraram uma prevalência global de consumo entre os médicos dos Hospitais da Universidade de Coimbra de 49%, (51% em homens e 46% em mulheres). Robalo Cordeiro e outros (1988) encontraram, numa amostra de profissionais de saúde do Distrito de Coimbra, uma proporção global de 41,9% de médicos fumadores, 44% do sexo masculino e 38% do sexo feminino.

Sá, Ferreira e Branco publicaram, em 1994, os resultados do primeiro estudo de prevalência do consumo de tabaco nos médicos de família portugueses. Numa amostra de 597 respondentes (50,7% da amostra inicial, correspondente a 20% dos inscritos, à época, na APMCG), foi observada uma proporção de médicos fumadores de 35%, 41% de homens e 30% de mulheres. Do total da amostra, 71% dos médicos já tinham fumado. Quanto aos ex-fumadores, a proporção encontrada foi de 33%.

A proporção de fumadores com mais de 15 anos, na população do Continente, segundo os dados do INS de 1995/96, foi de 20,5%; 32,8% nos homens e 9,5% nas mulheres. Estes valores, embora não directamente comparáveis, permitem concluir que os consumos referidos pelos médicos se situavam claramente acima dos encontrados na população, em particular no sexo feminino (Portugal. MS. DGS; Portugal. MS. INSA, 2011).

Tendo por base a elevada proporção de ex-fumadores e as proporções de consumo mais baixas nos grupos etários mais jovens, os autores, nas suas conclusões, perspectivaram como provável a redução progressiva do número de médicos de família fumadores e sugeriram a realização de estudos sobre os hábitos tabágicos das novas gerações de médicos, a fim de confirmar esta tendência.

Estudos mais recentes mostraram prevalências de consumo nos médicos inferiores às anteriormente referidas. Num estudo efectuado em 2004, em Hospitais e Centros de Saúde da rede pública de serviços de saúde da cidade do Porto, foi encontrada uma proporção de fumadores de 20,8% no total de médicos; 19,5% nos médicos dos cuidados de saúde primários e 21,0% nos médicos hospitalares (Costa, 2006). Num outro trabalho realizado em 2008, em centros de saúde da cidade do Porto e em vinte serviços do Hospital de S. João, foi obtida uma proporção de fumadores, entre os médicos, de 13% (Ramos; Vinagre; Cardoso, 2010). O facto de as

amostras, em ambos os estudos, não serem representativas impõe, todavia, uma interpretação cautelosa destes valores.

Conforme referido por Lledó (2002), citado por Barreira, Gomes e Cunha (2007), os profissionais de saúde detêm funções educativas e terapêuticas na luta contra o tabagismo: uma função de exemplo, através da adopção de comportamentos promotores de saúde; uma função educativa e de aconselhamento sobre os riscos do consumo de tabaco e suas consequências; uma função terapêutica, no apoio e no tratamento dos fumadores que tentam abandonar o consumo; uma função de crítica social e de sensibilização da opinião pública, mediante a participação em iniciativas de âmbito comunitário.

Diversos estudos apontam no sentido de o consumo de tabaco, por parte dos médicos, poder influenciar as suas crenças, atitudes e comportamentos de aconselhamento dos pacientes, relativamente à cessação tabágica, contribuindo para a não adopção de práticas adequadas (Cornuz *et al.*, 2000; Frank; Breyan e Elon, 2000; Frank *et al.*, 2000; Frank, 2004; Hajjar *et al.*, 2006; Vickers *et al.*, 2007).

#### 1.4.2. Carga da doença e impacte na mortalidade por doenças associadas ao consumo de tabaco em Portugal

O fumo de tabaco, devido à multiplicidade e gravidade das doenças que provoca e à elevada proporção de pessoas expostas, constitui actualmente a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos (WHO, 2002; 2008a).

Em Portugal, de acordo com as estimativas efectuadas por Richard Peto e colaboradores (2006), o número de mortes associadas ao tabaco, ocorridas em 2000, foi de cerca de 8100.

De acordo com a mesma fonte, no mesmo ano, fumar tabaco foi responsável por 22% da mortalidade verificada nos homens e por 2,3% nas mulheres, no grupo etário dos 35 aos 69 anos, e por 14% da mortalidade nos homens e 0,9% nas mulheres, observada em todas as idades, conforme se pode ver na Figura 1.

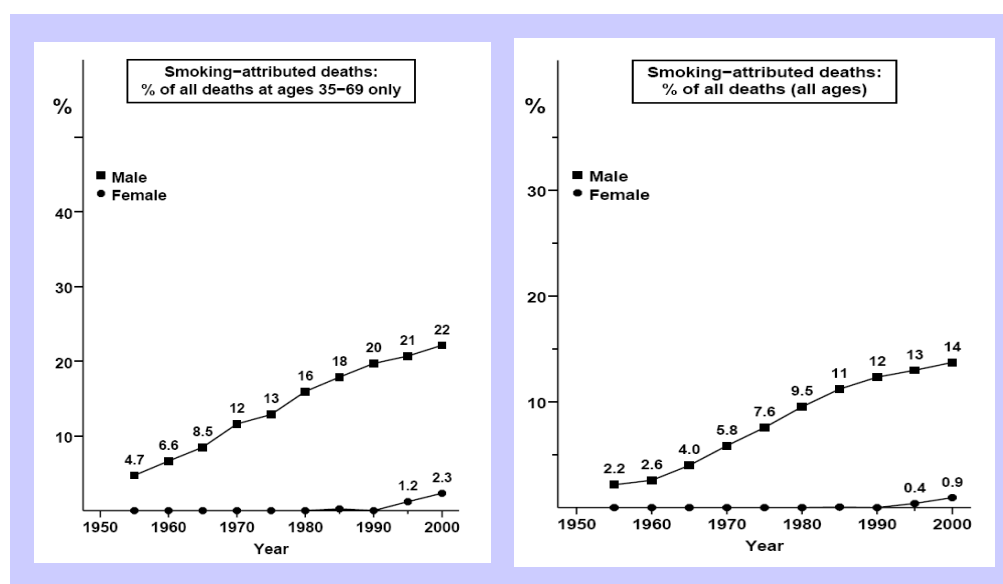


Figura 1. Projeções da mortalidade atribuída ao consumo de tabaco, em Portugal, em % do total de mortes entre os 35 e os 69 anos e em % do total de mortes (todas as idades).

Fonte: Peto *et al.* - Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: University of Oxford, 2006.

No conjunto dos países europeus, o consumo de tabaco foi a segunda causa de carga da doença, medida em anos de vida ajustados por incapacidade, (*disability adjusted life years, DALY*), contribuindo com 12,3% do total de DALY, imediatamente a seguir à hipertensão (WHO, 2005).

De acordo com estimativas da OMS para Portugal, no ano de 2002, o consumo de tabaco contribuiu com 10,4% de DALY, a seguir à hipertensão, que contribuiu com 10,5% (WHO, 2005).

Segundo Borges e colaboradores (2009), cerca de 12 600 (11,7%) das mortes ocorridas em Portugal, no ano de 2005, foram atribuíveis ao consumo de tabaco, 17,7% das quais nos homens e 5,2% nas mulheres. A proporção estimada da carga da doença atribuível ao tabaco, medida em anos de vida ajustados por incapacidade, (DALY), foi, em ambos os sexos, de 11,2%; 15,4% nos homens e 4,9% nas mulheres. Segundo estes autores, se os fumadores actuais abandonassem o tabagismo e passassem a experimentar o risco médio das populações de ex-fumadores, o qual é superior ao das pessoas que nunca fumaram, mas inferior ao encontrado entre os fumadores que continuam a fumar, a carga da doença medida pelos DALY poderia reduzir-se em 5,8% (7,8% nos homens e 2,8% nas mulheres) e a mortalidade em 5,8% (8,5% nos homens e 2,9% nas mulheres), (Borges *et al.*, 2009).



### 1.5. A importância da cessação tabágica em saúde pública

Dada a multiplicidade de factores determinantes do tabagismo de índole económica, social e comportamental, a sua abordagem requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação tabágica, na protecção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas sociais e culturais favoráveis à adopção de estilos de vida promotores de saúde, conforme Figura 2. (Hopkins *et al.*, 2001, Gilbert e Cornuz, 2003; Nunes *et al.*, 2008, WHO, 2008a).

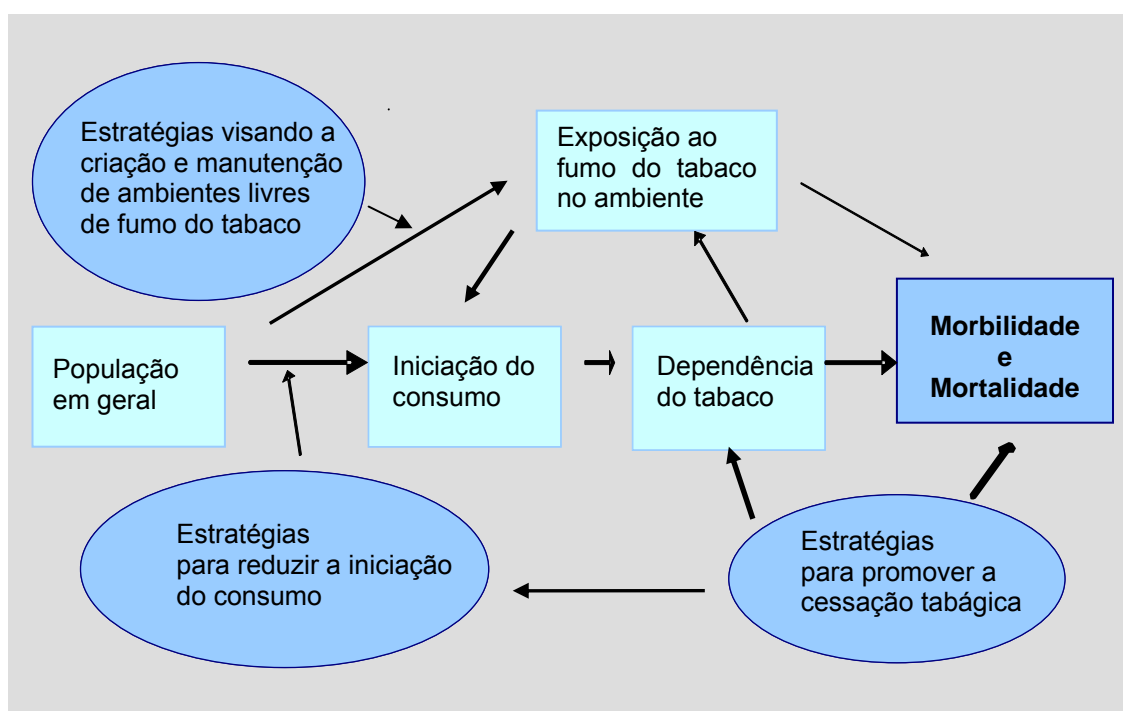


Figura 2. Estratégias de prevenção e controlo do tabagismo.

Fonte: Adaptado de Hopkins *et al.*, and The Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20: 2s (2001)16- 66.

A produção e a comercialização do tabaco têm repercussões económicas à escala global, carecendo, para a sua regulamentação e controlo, não só de medidas nacionais, mas também internacionais. Neste contexto, a OMS, em Maio de 1999, deu início a um processo de negociação que culminou, em 21 de Maio de 2003, com a adopção, por unanimidade, no âmbito da 56.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, da

Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, hoje considerada um marco histórico da Saúde Pública (WHO, 2003).

Esta Convenção, aprovada por Portugal em Novembro de 2005<sup>4</sup>, contempla as principais medidas que deverão ser adoptadas pelos Governos, num esforço conjugado de cooperação internacional, no sentido de prevenir e controlar este grave problema de saúde pública. Encontra-se actualmente ratificada pela quase totalidade dos Estados-Membros a nível mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem vindo a produzir diversos documentos e linhas directrizes, no sentido de facilitar a implementação dos compromissos decorrentes da sua adopção.

Dessas orientações, a estratégia *MPOWER* (WHO, 2008a) – (**M**onitor) monitorizar o consumo de tabaco, suas consequências e determinantes; (**P**rotect) proteger da exposição ao fumo; (**O**ffer) oferecer ajuda às pessoas que querem parar de fumar; (**W**arn) alertar para os riscos associados ao consumo; (**E**nforce bans) reforçar a proibição da publicidade; (**R**aise taxes) aumentar os impostos sobre o consumo dos produtos de tabaco – sintetiza os seis eixos de intervenção prioritária que devem ser postos em prática nos próximos anos. São ainda propostas a criação de linhas telefónicas de apoio, bem como a implementação de iniciativas comunitárias tendentes a promover a prevenção e o controlo do consumo de tabaco.

A responsabilidade pela implementação do terceiro eixo desta estratégia – “Oferecer ajuda na cessação tabágica” – cabe aos sistemas de saúde, que deverão organizar-se no sentido de disponibilizarem serviços e terapêuticas neste âmbito, integrados nos cuidados de saúde primários e facilmente acessíveis, em particular às pessoas e grupos sociais mais desfavorecidos.

### A importância da cessação tabágica a nível populacional

Com base nas estimativas do Banco Mundial e da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efectiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco (Prabhat e Chaloupka, 1999). Dado o tempo de latência, em média superior a vinte anos, entre a experimentação do consumo de tabaco, que habitualmente tem lugar durante a adolescência ou o início da idade adulta, e a

---

<sup>4</sup> Decreto n.º 25-A de 8 de Novembro de 2005, que aprovou a Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco.

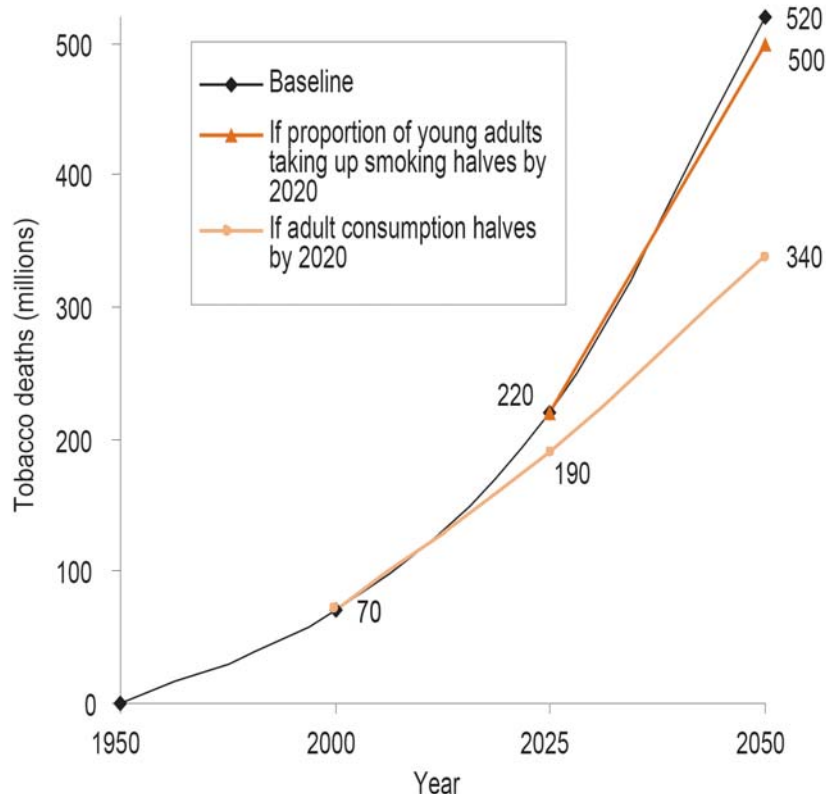
ocorrência das doenças que lhe estão associadas, o investimento em estratégias de prevenção do consumo nos jovens apenas terá impacte nos indicadores de morbilidade e mortalidade depois de decorrido aquele período (Prabhat e Chaloupka, 1999).

Para obtenção de reduções a curto prazo nas taxas de morbilidade e mortalidade pelas doenças associadas ao consumo de tabaco, é necessário que os actuais fumadores parem de fumar.

De acordo com as projecções elaboradas pelo Banco Mundial, tendo por base as estimativas de mortalidade provocada pelo tabaco, efectuadas por Peto e colaboradores, se até 2020 for possível diminuir para metade o número de jovens que anualmente começam a fumar, evitar-se-ão vinte milhões de mortes acumuladas até 2050. No entanto, se até 2020 metade dos actuais fumadores parar de fumar, o número acumulado de mortes evitadas, em 2050, será de cento e oitenta milhões, conforme se pode ver na Figura 3 (Prabhat e Chaloupka, 1999).

Assim, embora o investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva, naturalmente, continuar a merecer um forte investimento, em particular no contexto dos programas e iniciativas de promoção da saúde familiar, da saúde materna, infantil e juvenil e em meio escolar, há necessidade de pôr em prática e de reforçar estratégias de apoio aos fumadores que desejem parar de fumar, em simultâneo com a implementação de medidas que visem a criação de ambientes livres de fumo do tabaco (Nunes *et al.*, 2008).

Conforme se pode observar na Figura 3., a menos que os actuais fumadores parem de fumar, as mortes provocadas pelo consumo de tabaco registarão um forte aumento ao longo das próximas décadas.



Note: Peto and others estimate 60 million tobacco deaths between 1950 and 2000 in developed countries. We estimate an additional 10 million between 1990 and 2000 in developing countries. We assume no tobacco deaths before 1990 in developing countries and minimal tobacco deaths worldwide before 1950. Projections for deaths from 2000 are based on Peto (personal communication [1998]).

Sources: Peto, Richard and others. 1994. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford University Press; and Peto, Richard, personal communication.

Figura 3. Estimativa das mortes acumuladas 1950-2050 com diferentes estratégias de intervenção. Reproduzido com autorização: © The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

Fonte: Prabhat, J.; Chaloupka, F.J. – *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. World Bank Publications. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 1999. Figura 7., pág. 80.

## 1.6. Teorias explicativas do processo de mudança de comportamentos relacionados com a saúde. Contributos para a compreensão do processo de cessação tabágica

*“Theory drives research. It serves as a guide for knowing what variables to measure, how to measure them, and how to combine them. It also serves as a framework for aiding researchers in developing and evaluating intervention approaches.”*

Noar e Zimmerman, 2005

A mudança de comportamentos relacionados com a saúde tem sido analisada à luz de diversas teorias e modelos teóricos, nenhum dos quais suficiente, por si só, para explicar todas as dimensões e variáveis que lhe estão associadas. No presente trabalho, foi construído um modelo teórico explicativo de suporte à identificação e análise das variáveis a estudar, no que respeita à cessação tabágica e à intervenção do médico nesse processo, tendo como referência alguns conceitos-chave decorrentes de cinco principais teorias explicativas da adopção ou mudança de comportamentos:

- a teoria das crenças em saúde;
- a teoria da acção reflectida;
- a teoria sociocognitiva da aprendizagem e o conceito de auto-eficácia;
- o modelo transteórico de mudança e a prontidão para a mudança;
- a teoria da autodeterminação.

### 1.6.1. A teoria das crenças em saúde – a importância das percepções

Desenvolvido em meados do século passado, pelo US Public Health Service (Rosenstock, 1974; Becker, 1974; Janz e Becker, 1984; Rosenstock; Strecher; Becker, 1988; Janz; Champion; Strecher, 2002) no sentido de tentar encontrar os motivos subjacentes à não aderência a rastreios e programas de prevenção, o “modelo das

crenças em saúde” (*health belief model*) tem sido igualmente usado para compreender a resposta a sintomas de doença ou a adesão à terapêutica (*compliance*).

Segundo este modelo, a probabilidade da mudança comportamental resulta da interacção entre atitudes e percepções (gravidade do problema, susceptibilidade individual ao problema, barreiras e benefícios associados ao processo de mudança), por sua vez decorrentes de factores individuais (idade, género, tipo de personalidade, grau de instrução, crenças, informação sobre o problema, entre outros). Essa probabilidade aumenta quando a pessoa se sente vulnerável ao problema, sente que este é grave ou importante, que a mudança é possível e lhe trará benefícios e que estes compensam as perdas ou o desconforto associados ao processo de mudança.

Determinados estímulos para a acção (aconselhamento médico, doença de um familiar ou amigo, leitura de um artigo num jornal ou revista, etc.) podem aumentar a percepção da ameaça associada ao problema, contribuindo para desencadear a mudança do comportamento.

Este modelo, que inicialmente começou por valorizar as percepções de susceptibilidade, de gravidade, dos benefícios e dos obstáculos, passou a integrar, mais tarde, o conceito de auto-eficácia, proposto por Albert Bandura, no contexto da teoria da aprendizagem sociocognitiva.

A sua aplicação em diversos projectos permitiu concluir que a percepção das barreiras e dos obstáculos parece constituir uma das dimensões mais poderosas no processo de mudança de comportamentos relacionados com a saúde. A percepção da susceptibilidade é muito importante, quando as mudanças estão relacionadas com a adopção de comportamentos preventivos ou promotores de saúde. A percepção da gravidade, conjugada com a percepção dos benefícios, parece ser a dimensão mais fortemente associada a comportamentos relacionados com a procura de cuidados de diagnóstico ou de tratamento da doença (Clark e Becker, 1998).

#### 1.6.2. A teoria da acção reflectida – a intenção do comportamento

A “teoria da acção reflectida”, foi primeiramente introduzida por Fishbein, no final da década de 60 do século passado, para tentar interpretar a relação entre as crenças, as atitudes, as intenções e os comportamentos. Esta teoria valoriza a intenção de mudar como um elemento precursor da mudança de um dado comportamento. As atitudes positivas ou negativas, bem como as características individuais de aceitação e

conformidade com as normas sociais, são factores determinantes da intenção de mudança (Fishbein e Ajzen, 1975; Ajzen, 1988; Montaño e Kasprzyk, 2002).

Esta teoria evoluiu, mais tarde, para a “Teoria do comportamento planeado”, no sentido de tentar explicar a mudança de comportamentos individuais perante contextos externos limitadores ou impeditivos da vontade pessoal de mudar. Nesse sentido, foi introduzida uma nova variável – “percepção sobre o grau de controlo comportamental” – que traduz a percepção sobre o poder pessoal para pôr em prática um novo comportamento face a situações ou constrangimentos externos. Esta variável tem subjacente o princípio de que a adopção de um novo comportamento decorre da motivação, mas também da percepção quanto à possibilidade de o pôr em prática, decorrente do confronto entre percepção de barreiras e factores facilitadores do novo comportamento (Ajzen e Fishbein, 1975; Montaño e Kasprzyk, 2002).

O conceito de atitude é central na compreensão deste modelo teórico. Tratando-se de um conceito polissémico, é entendido, na sua interpretação mais comum, como “predisposição aprendida para responder de modo favorável ou desfavorável a uma dada situação ou problema”. Integra uma componente cognitiva, o conhecimento que se detém sobre um dado assunto, uma componente afectivo-avaliativa, o que se sente relativamente ao assunto, e uma componente comportamental, traduzida pela intenção ou predisposição para a adopção do comportamento (Lima, 1996).

Conforme refere Lima (1996), as atitudes não nascem num vazio social, sendo, pelo contrário, fruto de processos de interacção, de comparação, identificação e diferenciação sociais que permitem situar a posição do sujeito face à de outros, numa determinada época e numa determinada cultura. No contexto desta teoria, propõem-se, como estratégias para a mudança de crenças, atitudes, intenções e comportamentos, a participação activa das pessoas nos processos que visam a mudança e a utilização de técnicas de comunicação persuasiva (Ajzen e Fishbein, 1975). O interesse na avaliação das atitudes tem subjacente o pressuposto de que estas exercem influência sobre os comportamentos. A investigação tem mostrado que a força desta associação é variável no tempo, em função do contexto e em função dos assuntos aos quais as atitudes se referem: de âmbito geral ou mais específico. Apesar das críticas à valorização das atitudes, considerando alguns autores não estar comprovada a sua relação com os comportamentos, este constructo continua a integrar o campo de estudo das ciências sociais e a ser útil na compreensão das

dimensões subjectivas que envolvem a tomada de decisão em múltiplos aspectos, em particular na área da saúde.

### 1.6.3. A teoria sociocognitiva da aprendizagem – o princípio do determinismo recíproco

A “teoria sociocognitiva da aprendizagem”, proposta por Albert Bandura (1986), inicialmente sob o nome de “teoria da aprendizagem social” (Bandura, 1977b), assenta no princípio do determinismo recíproco entre o comportamento, o contexto em que este ocorre e as características pessoais do agente. Embora o ambiente influencie o comportamento, as pessoas, através dos seus comportamentos, influenciam igualmente o meio ambiente, num processo de permanente interacção ou de “determinismo recíproco”.

Conforme afirma Albert Bandura na sua obra *Social learning theory* (1977b), à excepção de alguns reflexos arcaicos, todo o comportamento humano é resultado de um processo de aprendizagem. Essa aprendizagem resulta da experiência obtida por tentativa e erro, por processos de reprodução de comportamentos observados em outras pessoas – aprendizagem vicariante – ou, ainda, a partir de processos heurísticos de recriação mental e motora de experiências previamente vividas ou observadas (Bandura, 1986).

O contexto ambiental, cultural, socioeconómico e relacional é valorizado neste modelo, pela influência que exerce sobre determinados factores pessoais – emoções, afectos, desejos, expectativas e cognições – que, por sua vez, determinam os comportamentos individuais, num processo de interinfluência recíproca. O meio social é particularmente importante porque oferece modelos de comportamento. Estes modelos poderão ser seguidos ou recriados, em função das circunstâncias de vida e das características individuais de cada pessoa.

Este princípio tem sido valorizado em iniciativas que procuram obter mudanças individuais através da introdução de mudanças sociais. Por exemplo, a nova legislação de controlo do consumo de tabaco em locais públicos, introduzida em Janeiro de 2008, no nosso País, contribuiu para reduzir as influências sociais de aceitabilidade social do consumo de tabaco (Portugal. MS. DGS; Portugal. MS. INSA, 2011).

No entanto, embora as normas sociais e os constrangimentos exteriores influenciem os comportamentos, as pessoas possuem grande capacidade de controlar



as suas próprias acções. Pelo menos em parte, são responsáveis por architectar o seu próprio destino, mesmo perante influências ou circunstâncias exteriores adversas.

Assim, esta teoria valoriza não só a influência do contexto, mas também as capacidades humanas de aprendizagem, de criatividade e de autodeterminação – pensamento, personalidade, emoções, conhecimento, imaginação, saber-fazer, saber-recriar, saber-inovar – a par da autoconfiança nas capacidades pessoais para executar uma dada tarefa de forma bem sucedida – auto-eficácia (Bandura, 1977b; 1986; 1989; Baranowsky, 1990).

#### 1.6.4. O conceito de auto-eficácia

As expectativas quanto aos resultados de um dado comportamento (*outcome expectations*) e a percepção quanto às capacidades pessoais para a sua execução (*efficacy expectations*) são, segundo Albert Bandura (1977a; 1986; 1989; 1997; 2001), determinantes fundamentais na decisão de dar início a um processo de adopção ou de mudança comportamental. Estas expectativas integram a crença ou convicção de auto-eficácia relativamente a esse processo.

O ser humano tem a capacidade de prever e antecipar os resultados das suas acções, podendo orientar o seu comportamento em função dos resultados que pretende alcançar. Uma expectativa de resultado é definida como uma crença pessoal de que a adopção de um dado comportamento permitirá alcançar um dado objectivo. Se não se dispuser dessa convicção, não haverá motivação intrínseca para pôr em prática um dado comportamento (Ryan e Deci, 2000a; 2000b).

As pessoas tendem, assim, a evitar tarefas percebidas como pouco úteis para a obtenção de um dado resultado ou sempre que sentem não ter as capacidades necessárias para a sua execução. Pelo contrário, se sentirem que conseguem desempenhar uma dada tarefa e que esta permitirá a obtenção de um resultado que intrinsecamente pretendem, terão maior disponibilidade para a sua concretização. Conforme referido por Bandura (2001):

*“ ... Efficacy beliefs are the foundation of human agency. Unless people believe they can produce desired results ... by their actions, they have little incentive to act or to persevere in the face of difficulties. Whatever other factors may operate as guides and motivators, they are rooted in the core*

*belief that one has the power to produce effects by one's actions. People are producers as well as products of social systems. Personal agency and social structure operate interdependently."*

Desta forma, as crenças de auto-eficácia são determinantes na motivação do comportamento, influenciando o grau de esforço colocado na tentativa de execução e no tempo de persistência, perante a ocorrência de obstáculos. Quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia maior será a intensidade e a persistência do esforço. Perante a necessidade de executar uma tarefa relativamente à qual se tem uma percepção de auto-eficácia baixa, se, após um esforço de aprendizagem e de perseverança, a pessoa supera com êxito essa execução, a percepção pessoal de eficácia sairá reforçada. Pelo contrário, se a pessoa nunca tenta, ou não é bem sucedida nessa tentativa, haverá um reforço negativo do sentido de auto-eficácia. Tarefas pouco complexas podem ser aprendidas através da mera observação. A aprendizagem de tarefas mais complexas requer, habitualmente, treino e repetição, no sentido da aquisição dos conhecimentos e das competências necessários à sua execução (saber o que fazer e aprender a fazer). O ensino e a supervisão podem ajudar a superar a percepção de baixa auto-eficácia para a concretização de uma dada tarefa e a superar as dificuldades que lhe possam estar inerentes (Bandura; 1977b; 1989; 1997).

Ao longo da vida, os sucessos e os insucessos podem levar à reavaliação da percepção de auto-eficácia numa dada área. No campo da cessação tabágica, a recaída pode diminuir a percepção de auto-eficácia para uma próxima tentativa. De igual modo, perante as recaídas dos pacientes, o médico pode diminuir o seu sentido de auto-eficácia no aconselhamento.

Conforme referido por Bandura (1997), as crenças de auto-eficácia resultam não só da experiência prévia, mas também das reacções emocionais e sensoriais associadas à ideia de mudar ou à tentativa de mudança do comportamento (ansiedade e medo de mudar *versus* o desejo de mudar).

Estas crenças podem alterar-se no tempo, podendo ser reforçadas através da observação de outros, considerados como semelhantes, ou pares, na adopção de um dado comportamento: "se o outro é capaz, eu também sou". Por outro lado, receber apoio e estímulos verbais de incentivo por parte de "outros significativos" pode reforçar as crenças pessoais de eficácia, em particular se estes estímulos forem positivos,

realistas e efectuados num contexto de confiança e de autenticidade (Rogers, 1985; Bandura, 2000). Conforme sublinhado por Bandura (1997), “...*once empowered with skills and belief in their capabilities, people are better able to adopt behaviors that promote health and to eliminate those that impair it.*”

#### 1.6.5. O modelo transteórico de mudança – a importância do factor tempo

Um dos modelos mais utilizados para compreender o processo de mudança de comportamentos relacionados com a saúde é o “Modelo transteórico de mudança”, proposto por Prochaska e DiClemente (Prochaska e DiClemente, 1982, 1983; Prochaska; Norcross; DiClemente, 1994; Prochaska e Velicer, 1997).

Este modelo integrou mais de trezentas teorias e modelos já existentes, apresentando como factor distintivo a introdução de uma dimensão temporal na interpretação do processo de mudança. Este é considerado como uma sequência de estádios sucessivos, que vão da não intenção de mudar (fase de pré-contemplação) à fase de manutenção do novo comportamento. Implica habitualmente várias tentativas, seguidas de uma recaída, ou seja, vários ciclos de mudança, até que o novo comportamento passe a ser adoptado de modo duradouro. São, assim, considerados cinco estádios no processo de mudança – pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção –, aos quais se pode seguir uma recidiva ou a estabilização definitiva do novo comportamento (Prochaska e DiClemente, 1983; Prochaska e Velicer, 1997; Glanz; Rimer; Lewis, 2002):

- Estádio de pré-contemplação – Neste estágio não existe ainda uma verdadeira preocupação com o comportamento, não se observando qualquer intenção de mudar. A informação acerca dos riscos para a saúde associados ao problema, sendo potencialmente geradora de “dissonância cognitiva” (Festinger, 1957), é desvalorizada ou evitada, a fim de reduzir o conflito psicológico decorrente da decisão de manter o comportamento. A pessoa pode permanecer vários anos neste estágio. O aconselhamento motivacional, por parte de um profissional de saúde, pode contribuir para a progressão para o estágio seguinte.
- Estádio de contemplação – Neste estágio, embora exista alguma preocupação quanto aos riscos associados ao comportamento, subsiste uma

postura ambivalente em relação à mudança. Há um querer e um não querer mudar. Existe consciência quanto às vantagens de mudar, mas também quanto às eventuais dificuldades. Apesar de se estar a pensar modificar o comportamento nos próximos seis meses, pode, na realidade, permanecer-se nesta fase de ambivalência bastante mais tempo. As razões para se continuar neste estágio de “contemplação crónica” prendem-se sobretudo com o receio de se perder o prazer associado ao comportamento actual, às dificuldades de autocontrolo, ao medo de não se ser capaz de mudar e às dúvidas acerca dos verdadeiros ganhos que poderão ser obtidos com a mudança.

- Estádio de preparação – Neste estágio, existe vontade de modificar o comportamento a curto prazo (segundo este modelo, dentro de um mês).
- Estádio de acção – A mudança de comportamento foi alcançada, sem recaídas, pelo menos, durante cerca de seis meses.
- Estádio de manutenção – Existe abstinência há mais de seis meses, mantida por um período mínimo de cinco anos.
- Estádio de terminação – O novo comportamento encontra-se estabilizado, existindo abstinência mantida por um período superior a cinco anos.
- Estádio de recaída – considerado como fazendo parte do processo de mudança, é uma etapa que se pode seguir ao estágio de acção ou de manutenção. Após a recaída, pode verificar-se o regresso a qualquer um dos estádios anteriores. Segundo Prochaska, Norcross e Diclemente (1994), a pessoa fumadora pode recair várias vezes, em média três a quatro vezes, antes de conseguir parar de forma definitiva.

O Modelo transteórico de mudança, para além de atender aos estádios de mudança, procede à análise dos processos psicológicos inerentes a cada um destes estádios, valorizando aspectos como a percepção da auto-eficácia e o balanço, no processo de decisão, entre ganhos e sacrifícios (Prochaska e DiClemente, 1983; Rosa; Scholten; Carrilho, 2006; Santos, 2006).

O “balanço decisional”, decorrente do processo de contraposição dos ganhos e dos prejuízos associados à mudança, é variável ao longo dos estádios de mudança. Nas fases iniciais do processo, verifica-se uma maior valorização dos aspectos

negativos que, gradualmente, dão lugar a uma maior valorização dos aspectos positivos à medida que aumenta a “prontidão” para mudar (Prochaska *et al.*, 1994).

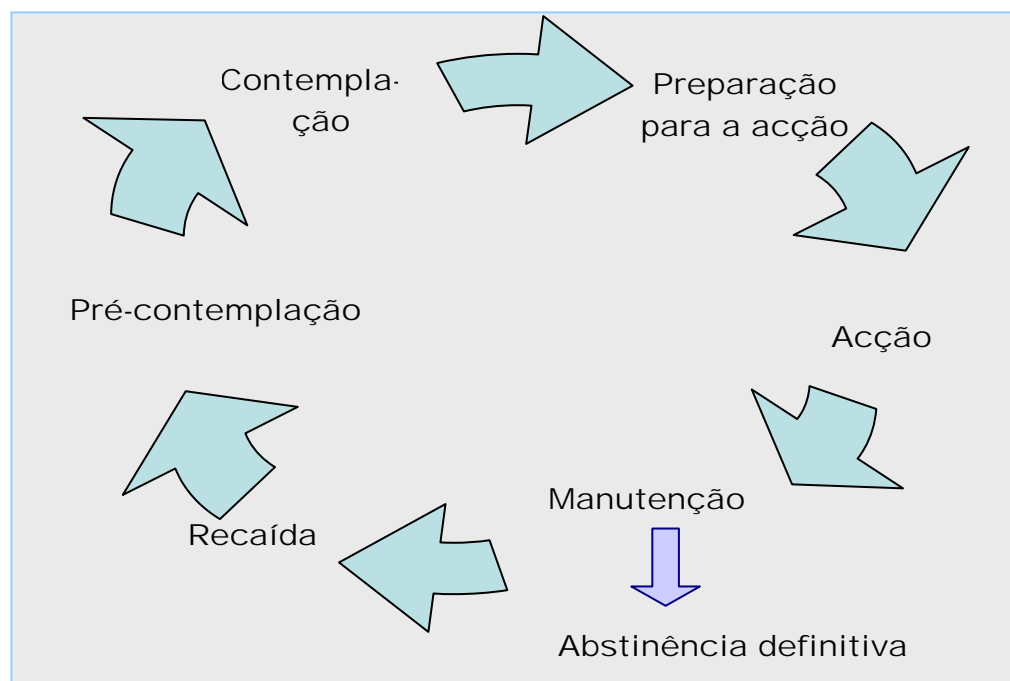


Figura 4. Roda dos estádios de mudança.

Fonte: Adaptado de Prochaska J.O.; DiClemente, C.C. – Stages and processes of self changes in smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51 (1983) 390-395.

Embora o modelo transteórico seja actualmente aceite e usado na generalidade da investigação no domínio da cessação-tabágica, alguns autores (Riesma *et al.*, 2003; West, 2005) têm criticado a sua validade prática, argumentando que muitos fumadores param de fumar de modo não planeado, que nem sempre o processo de cessação tabágica segue os estádios descritos e que estes foram definidos de modo arbitrário pelos seus autores. Por outro lado, alguns trabalhos de aplicação prática do modelo não demonstraram a sua supremacia em relação a abordagens não focalizadas nos estádios do processo de mudança (West e Sohal, 2006). Não obstante a eventual validade destas críticas, este modelo continua a ser usado como referência, tendo sido adoptado nas suas linhas gerais pelas normas de orientação clínica para a cessação tabágica preconizadas pelo US Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 2008), bem como pelo Programa de actuação em cessação tabágica preconizado pela DGS (Portugal. MS. DGS, 2007).

Num estudo efectuado nos EUA, por Velicer e outros (1995), concluiu-se que 40% dos fumadores se encontravam em estágio de pré-contemplação, 40% em estágio de contemplação e 20% em estágio de preparação

Zwar; Richmond e Harris (2008), num estudo efectuado em pacientes de médicos de MGF, na Austrália, concluíram que 37% se encontravam em pré-contemplação, 42% em contemplação e 21% em preparação para a acção. Manifestaram disponibilidade para discutir o assunto do tabaco com o seu médico 67% dos pacientes em preparação, 53% em contemplação e 16% dos pacientes em pré-contemplação. Este estudo revelou que a proporção de fumadores entre os pacientes foi bastante superior à encontrada na população em geral.

Em amostras de populações europeias, cerca de 70% dos fumadores situavam-se em fase de pré-contemplação, 20% em fase de contemplação e 10% em fase de preparação para parar de fumar (Etter; Perneger; Ronchi, 1997).

#### 1.6.6. A prontidão para a mudança

A importância atribuída a um dado problema é um factor fundamental na motivação para a mudança. A atribuição de importância resulta de um balanço entre os aspectos considerados positivos e os aspectos considerados negativos associados à intenção de mudar.

Qualquer processo de mudança implica a perda de aspectos que a pessoa valoriza, como o prazer proporcionado pelo consumo de tabaco, e aspectos positivos decorrentes do novo comportamento – melhoria de sintomas respiratórios ou a percepção da diminuição do risco de contrair uma doença grave. Se o balanço decisional entre os ganhos e as perdas for positivo, haverá uma maior predisposição e motivação para mudar.

Perante um problema assumido como importante, a pessoa estará mais predisposta a investir o seu esforço e energia na mudança, estando mais disponível para aceitar as perdas e os sacrifícios que lhe possam estar associados.

Conforme referido por Miller e Rollnick (1991) e Rollnick, Mason e Butler (2000), a prontidão para a mudança não é um conceito estático, sendo progressivamente alcançada, ao longo dos estádios de mudança, à medida que a pessoa aumenta a importância que atribui ao problema e a percepção quanto à sua capacidade de mudar, como se ilustra na Figura 5.

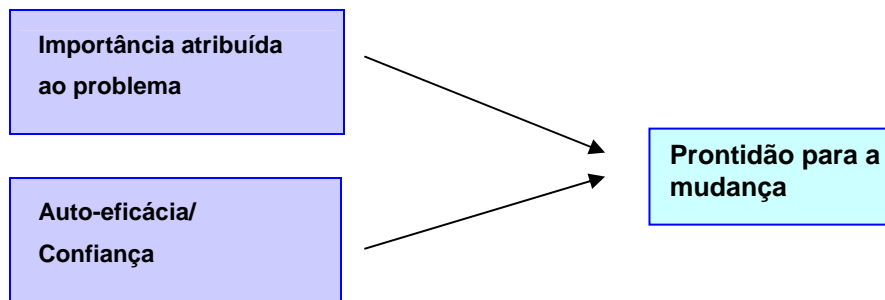


Figura 5. Componentes da prontidão para a mudança.

Fonte: Adaptado de Rollnick, S.; Mason, P., Butler, C. – Health Behaviour change for clinicians. A guide for practitioners. 2<sup>th</sup> ed. London: Churchill Livingstone, 2000. 22.

#### 1.6.7. A autodeterminação em saúde – a motivação e o sentido de autonomia

A motivação pode decorrer de factores intrínsecos à própria pessoa ou ser influenciada por factores extrínsecos (Rogers, 1985; Miller e Rollnick, 1991; Ryan e Deci, 2000a; 2000b; Rollnick, 2000; Santos, 2009).

A motivação intrínseca, segundo Ryan e Deci (2000a; 2000b), traduz a propensão natural no ser humano para se sentir competente e autónomo no que se refere às suas acções. As tarefas executadas por autodeterminação são emocionalmente mais compensadoras e gratificantes. Porém, diversos factores podem comprometer essa motivação. Por exemplo, os prémios, as recompensas financeiras ou as punições podem contribuir para diminuir a motivação intrínseca, na medida em que diminuem a autonomia da pessoa na tomada de decisão, contribuindo para aumentar o que estes autores apelidaram de motivação extrínseca.

Alguns destes factores extrínsecos, provenientes do meio social, podem ser internalizados, se a pessoa os valorizar e passar a integrar como seus, podendo vir a expressar-se como factores de motivação intrínseca.

Conforme referem Deci e Ryan (2000), a tendência natural do ser humano para a autonomia (integração interna) e para a homonomia (integração social) requer o suporte e a alimentação provenientes do ambiente social, para ser efectivamente satisfeita. Os contextos sociais que suportam as necessidades de autonomia, competência e integração social contribuem para favorecer a motivação intrínseca e a internalização dos factores de motivação extrínseca, criando condições que

contribuem para aumentar o grau de esforço, a persistência e a qualidade do desempenho.

No que se refere aos comportamentos relacionados com a saúde, a motivação é necessária para dar início ao processo de mudança e, posteriormente, para a sua manutenção (Deci e Ryan, 2000).

Embora a motivação seja necessária ao longo de todos os estádios do processo de cessação tabágica, é particularmente importante na sua fase inicial, no sentido de mobilizar o interesse e o desejo de parar de fumar, e na fase de ambivalência, caracterizada pelo “querer e não querer” parar de fumar, no sentido de ajudar a progredir para a fase de acção.

A ausência de motivação para parar de fumar pode resultar da não atribuição de importância aos riscos associados ao acto de fumar, à percepção de baixa auto-eficácia na cessação tabágica ou à falta de convicção quanto aos benefícios que poderão vir a ser obtidos com a mudança (Ryan e Deci, 2000b). Por outro lado, o grau de dependência e a motivação para parar de fumar encontram-se frequentemente relacionados. Os fumadores muito dependentes podem não ter confiança na sua capacidade de mudar. Os fumadores pouco dependentes poderão, pelo contrário, desvalorizar a dificuldade de parar de fumar (West, 2004).

De acordo com a teoria da autodeterminação, proposta por Ryan e Deci, desenvolver os sentidos de autonomia e de competência (ou auto-eficácia), é um factor crítico para o processo de internalização de factores externos de motivação. Ambientes que estimulem a autonomia e o desenvolvimento de competências contribuem para aumentar a adesão à mudança. De igual modo, possuir uma relação de confiança com outras pessoas consideradas significativas, que estimulem e apoiem esse processo, constitui um factor que contribui para aumentar a probabilidade de mudar, em particular quando não existem *a priori* factores intrínsecos de mudança (Ryan e Deci, 2000b).

Sendo reconhecida a importância da relação dos médicos com os seus pacientes, importa conhecer que características deve assumir o processo de comunicação no contexto da consulta, tendo em vista facilitar a motivação para adopção de comportamentos promotores de saúde, sem comprometer a autonomia dos pacientes e o seu direito à autodeterminação em saúde (Rollnick *et al.*, 2005; Santos, 2006; Santos, 2009).



Quando o médico informa e ajuda o paciente a esclarecer para si próprio quais as barreiras à decisão de mudar, contribui para que o paciente internalize os argumentos externos de mudança, aumentando a sua motivação intrínseca. O reforço de competências para lidar com as barreiras identificadas e o incentivo à autonomia do paciente constituem factores favoráveis à manutenção, a longo prazo, do novo comportamento, conforme referido por Williams e Deci (2001).

Pelo contrário, quando a mudança ocorre por acção de factores de motivação extrínsecos, como seja a coerção ou a imposição, será mais difícil manter o novo comportamento de modo duradouro. Sendo disso exemplo, o processo de cessação tabágica pode ser particularmente difícil em pacientes que não sentem vontade de parar. Estes pacientes por vezes decidem parar, cedendo a factores ou pressões externas. Todavia, sem uma verdadeira motivação intrínseca e sem o devido suporte social, a probabilidade de recaída será elevada (Williams e Deci, 2001; Ryan *et al.*, 2008).

#### 1.6.8. O processo de cessação tabágica

A maioria das pessoas fumadoras faz, ao longo da vida, várias tentativas para parar de fumar, na generalidade dos casos sem qualquer tipo de apoio comportamental ou farmacológico. Conforme observaram Chapman e Mackenzie (2010), cerca de metade a três quartos dos fumadores param de fumar sem qualquer ajuda. Ferguson *et al.* (2009) observaram que cerca de metade das tentativas para parar de fumar, tendo como referência a última tentativa, não tinham sido planeadas. As tentativas não planeadas foram mais frequentes em fumadores pouco dependentes, que consideraram ser fácil deixar de fumar.

Embora a maioria dos fumadores pare de fumar sem qualquer ajuda, as recaídas são muito frequentes. Estima-se que cada fumador faça, em média, três a sete tentativas para parar de fumar, até à abstinência definitiva. Assim, a recaída é considerada não como um insucesso, mas como parte do processo de cessação tabágica (Miller e Rollnick, 1991).

Segundo West (2004), cerca de 70% dos fumadores gostariam de parar, se o pudessem fazer facilmente, 46% pretendem parar de fumar nos próximos 12 meses e cerca de 30% fizeram uma tentativa para parar no último ano.

Conforme referido por Hughes (2003) e DiClemente, Delahanty e Fiedler (2010), anualmente, cerca de 40% das pessoas fumadoras fazem uma tentativa para parar de fumar. Entre os fumadores que tentam parar de fumar sem apoio, apenas um terço se mantém abstinente decorridos dois dias, um quarto decorridos sete dias e menos de um, em cada cinco (19%), se mantém abstinente decorrido um mês.

Hughes, Keely e Naud (2004) concluíram, tendo por base um estudo de revisão que apenas 3 a 5% dos fumadores conseguem manter-se abstinentes a longo prazo, quando param de fumar sem qualquer tipo de ajuda. Segundo Fiore *et al.* (2008), em 2005, dos 19 milhões de fumadores adultos que tentaram parar de fumar nos EUA, estima-se que apenas 4 a 7% tenhamos alcançado a abstinência definitiva. Com apoio médico e terapêutica farmacológica, a taxa de abstinentes um ano após a cessação tabágica pode aumentar para 20 a 30% (Fiore *et al.*, 2008; Eisenberg *et al.*, 2008; DiClemente, Delahanty, Fiedler, 2010).

Um estudo Eurobarómetro, promovido pela Comissão Europeia (European Commission, 2007), mostrou que, no nosso País, 32% dos inquiridos que declararam ser fumadores referiram ter feito uma tentativa para parar nos últimos doze meses, valor muito semelhante à média europeia (31%). Destes, cerca de 35% recaíram às oito semanas e 40% tiveram um período de abstinência inferior a uma semana. Apenas 20% dos respondentes portugueses referiram estar abstinentes dois meses após terem parado de fumar. Destes, cerca de 14% referiu ter pedido ajuda a um médico, ou outro profissional de saúde, para parar de fumar.

Num novo estudo Eurobarómetro, publicado pela Comissão Europeia em 2010, cerca de 17% dos inquiridos portugueses responderam ter feito uma tentativa para parar de fumar no último ano. Destes, cerca de 24% registou uma abstinência superior a dois meses. Cerca de 23% referiu ter recebido conselho de um médico ou de outro profissional de saúde para parar de fumar; a média europeia foi de 15% (European Commission, 2010).

Quanto aos motivos para parar de fumar, na última tentativa, a preocupação com a saúde foi referida por 74% dos inquiridos; 28% referiram o conselho do médico ou de outro profissional de saúde como motivo para terem abandonado o tabaco. Dos respondentes que referiram ser ex-fumadores, 32% valorizaram o conselho do médico ou de outro profissional de saúde como motivo para terem decidido parar.

Vários estudos têm evidenciado a existência de associação entre o consumo de tabaco e a classe social (David, 2010). Tendencialmente, este consumo é maior entre

as classes sociais mais baixas, que apresentam consumos mais elevados e maior dificuldade em parar de fumar (WHO, 2008a). Kotz e West (2009) mostraram que as pessoas fumadoras com menor poder económico têm igual probabilidade de tentarem parar de fumar e de procurarem apoio médico, contudo, as taxas de sucesso obtidas são em média duas vezes inferiores às verificadas nas pessoas com maior poder económico

### 1.7. Importância do médico de família na prevenção da doença e na promoção da saúde

Na década de 70 do século passado, Stott e Davies (1979), chamaram a atenção para o “potencial excepcional”, da consulta de medicina geral e familiar, na prevenção da doença e no aconselhamento dos pacientes em aspectos comportamentais relacionados com a saúde. Estes autores propuseram um modelo de abordagem na consulta que preconizou a “promoção da saúde oportunística”, como uma das tarefas a realizar regularmente pelo médico.

É hoje consensual reconhecer o importante papel que pode ser desempenhado pelo médico de MGF na prevenção da doença e promoção da saúde dos seus pacientes (Pendleton *et al.*, 1993; Rebelo, 2001a; 2001b; Hespanhol, 2009). O aconselhamento para a cessação tabágica constitui um exemplo paradigmático de uma abordagem clínica, simultaneamente preventiva de doença e promotora de saúde.

Os médicos de MGF são os que podem obter melhores taxas de sucesso nesse aconselhamento (Coffield *et al.*, 2001; Vogt; McEwen; Michie, 2008; Fiore *et al.*, 2008).

Esse facto decorre das múltiplas oportunidades de contacto com os seus pacientes, do tipo de comunicação médico-paciente que estabelecem e do tipo de cuidados que lhes prestam, globais e integrados (Rollnick; Mason; Butler, 2000; Rebelo, 2001a; 2001b; Whitlock *et al.*, 2002; Santos, 2006; Hespanhol, 2009). Conforme referido por Sá e Santos (2004) e Lima e Ribeiro (2008):

- o médico de família tem acesso a uma população definida e pode identificar com maior facilidade pessoas expostas a factores de risco, o que constitui a base de qualquer acção preventiva;

- o médico de família vê cada utente, em média, quatro vezes por ano, o que constitui uma excelente oportunidade para o exercício da medicina preventiva;
- cerca de 65% dos utentes consulta o seu médico de família pelo menos uma vez por ano e 90% pelo menos uma vez em cinco anos;
- o médico de família pode gerir melhor as actividades preventivas, combinando-as com o diagnóstico e o tratamento;
- a relação médico-doente própria da consulta de MGF é um dos factores mais influentes na adesão às actividades preventivas.
- O médico de família é uma fonte de informação confiável e o seu aconselhamento tem mais impacto, quando comparado com o de outros profissionais.

Por outro lado, a medicina geral e familiar permite uma continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida dos pacientes, oferecendo a possibilidade de identificação dos momentos de maior receptividade à mudança ou mais adequados para a realização de determinadas actividades preventivas . Conforme referiu José Nunes “... o médico de medicina geral e familiar detém um conhecimento global da pessoa, prestando cuidados continuados ao longo do tempo, sendo, por isso, o técnico mais habilitado a ajudar o paciente na autogestão da sua saúde/doença” (Nunes, 2007).

### 1.8. Efectividade do aconselhamento médico

Um dos primeiros estudos que demonstraram a efectividade do aconselhamento médico na promoção da cessação tabágica foi realizado por Russel e outros (1979). Estes autores confirmaram que o aconselhamento médico dos fumadores era efectivo, em particular no aumento do número de pessoas que decidiam fazer uma tentativa para parar de fumar. Após o aconselhamento médico, a motivação e a intenção de mudança aumentavam, o mesmo acontecendo com a proporção de pacientes que parava de fumar. Foi igualmente verificada uma menor taxa de recidivas. A investigação permitiu concluir que, anualmente, cada médico de MGF poderia esperar a obtenção de 25 fumadores abstinentes a longo prazo. A este estudo inicial muitos outros se seguiram, desde a década de 80 do século passado, até à actualidade (Ockene e Zapka, 1997; Gorin e Heck, 2004; Fiore *et al.*, 2008).

Numa revisão efectuada no âmbito da Cochrane Collaboration (2006), concluiu-se que o aconselhamento médico é efectivo na promoção da cessação tabágica. O efeito agregado da intervenção de aconselhamento mínimo (< 3 minutos) foi de um acréscimo de 2,5% nas taxas de sucesso verificadas em pacientes fumadores que receberam aconselhamento, relativamente aos que não foram aconselhados pelo médico. Isto significa que, tendo por base as taxas de cessação tabágica encontradas no grupo de estudos analisados, em resultado de uma intervenção mínima de aconselhamento médico, seria possível obter um acréscimo de um fumador que pára de fumar, por cada quarenta fumadores aconselhados a parar de fumar com recurso a uma intervenção mínima, com duração inferior a três minutos (Lancaster e Stead, 2006; Stead; Bergson; Lancaster, 2008).

Segundo Grandes, Cortada e Arrazola (2000), programas incorporados na prática diária do médico de família, que combinem o aconselhamento de todos os fumadores observados na consulta, a proposta de um plano de seguimento e a prescrição de terapêutica de substituição de nicotina, aos que desejem parar de fumar, são efectivos e eficientes, permitindo obter um fumador adicional que pára de fumar, atribuível à intervenção, por cada vinte pacientes fumadores identificados e aconselhados. Estes autores concluíram que, se todos os médicos de família, em Espanha, incorporassem este tipo de intervenção junto de todos os seus pacientes fumadores, seria possível obter uma redução de cerca de 7% na prevalência de fumadores, após um ano de intervenção.

A definição de taxa de sucesso é uma questão crítica na avaliação da efectividade das intervenções. Esta definição coloca, no entanto, várias dificuldades, que decorrem, desde logo, do próprio processo de avaliação: baseado na informação prestada pelo utente ou na medição de parâmetros biológicos que confirmem a abstinência tabágica. A última opção permite um maior rigor na medição da abstinência, embora seja mais dispendiosa e difícil de levar à prática. A medição do monóxido de carbono no ar expirado é o método de mais fácil utilização, embora menos específico do que o doseamento de biomarcadores.

O conceito de sucesso da cessação tabágica não é consensual entre investigadores. Na generalidade dos estudos, a taxa de sucesso é avaliada em função da proporção de pacientes que se mantêm abstinentes aos seis meses (Fiore *et al.*, 2008), embora se encontrem estudos que avaliam a taxa de abstinentes aos dois meses (Ferreira-Borges, 2005) ou até a um mês (Chambers, 2010). São poucos os estudos que avaliam as taxas de cessação tabágica a longo prazo (Grandes *et al.*, 2003; Ferguson *et al.*, 2005).

Um estudo de avaliação de uma intervenção de cessação tabágica, efectuada por médicos de família no âmbito da respectiva consulta de MGF, revelou que cerca de 35% dos pacientes abstinentes ao final de um ano recaíram nos doze meses subsequentes (Grandes *et al.*, 2003).

Raw, Mcneill e Coleman (2005), num estudo de avaliação da efectividade das consultas de cessação tabágica disponibilizadas pelo SNS inglês, verificaram que 53% dos utilizadores, que tinham marcado o dia D, se encontravam abstinentes às quatro semanas. Porém, destes, apenas 15% se encontravam abstinentes ao final de um ano (abstinência confirmada através de medição dos níveis de monóxido de carbono no ar expirado).

Por outro lado, as características da pessoa fumadora, o grau de dependência tabágica e as características do seu ambiente familiar e social, podem criar maiores dificuldades ou, pelo contrário, facilitar a cessação e a manutenção da abstinência, independentemente da metodologia de intervenção utilizada.

Num estudo efectuado por Jarvis e outros (2003) no Reino Unido, verificou-se que cerca de 16% dos fumadores apresentavam características de grande dependência e baixa motivação para parar de fumar, não tendo realizado tentativas para parar de fumar nos últimos doze meses.

MacIntosh e Coleman (2006), num estudo efectuado em pacientes fumadores atendidos nas consultas dos médicos de MGF no Serviço Nacional de Saúde, no Reino Unido, obtiveram um resultado semelhante: cerca de 16% dos pacientes fumadores atendidos apresentavam uma grande resistência à ideia de parar de fumar. Estes pacientes evidenciavam um elevado grau de dependência, uma baixa motivação para parar de fumar e uma menor tolerância às pressões sociais no sentido da cessação tabágica.

Conforme observado por Jarvis e colaboradores (2003), estes fumadores tendem a ser mais velhos e de estratos socioeconómicos mais baixos. A sua abordagem é naturalmente mais difícil, exigindo maiores competências de comunicação por parte do médico. Fumadores que tentaram parar de fumar e recaíram podem registar uma maior dificuldade em parar, nas tentativas seguintes. Determinadas variáveis podem facilitar ou dificultar o sucesso da cessação tabágica, conforme Quadro 4.

Quadro 4. Variáveis associadas ao grau de sucesso da cessação tabágica

Variáveis associadas a taxas de abstinência mais elevadas	
Grau de motivação elevado	O fumador evidencia elevada motivação e vontade de parar de fumar
Existência de prontidão para a mudança ( <i>readiness</i> )	Prontidão para parar dentro de 1 mês
Sentido de auto-eficácia elevado ou moderado	Confiança na sua capacidade para parar
Rede de suporte social	Apoio dos familiares e amigos e colegas no local de trabalho
Variáveis associadas a taxas de abstinência mais baixas	
Grau de dependência da nicotina elevado	Consumo diário cigarros $\geq 20$ e primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar
Co-morbilidade psiquiátrica	Existência de perturbações da saúde mental, esquizofrenia, alcoolismo outras dependências
Níveis de <i>stress</i> elevados	Acontecimentos ou situações de vida <i>stressantes</i> – divórcio, desemprego, <i>stress</i> no trabalho, etc.
Exposição ao fumo de terceiras pessoas e falta de apoio social	Familiares próximos ou amigos fumadores, falta de suporte social

Fonte: Adaptado de FIORE, M.C. *et al.* - Treating tobacco use and dependence: 2008 Update: Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

De acordo com Fiore *et al.* (2008), o aconselhamento médico permite obter taxas de abstinência, avaliadas aos seis meses, de cerca de 20%. O uso de medicação sem aconselhamento permite obter taxas de abstinência semelhantes (21%).

O aconselhamento em conjugação com a medicação pode aumentar essas taxas para cerca de 27%. É reconhecida a existência de uma relação dose-resposta entre o tempo do aconselhamento médico e as taxas de abstinência tabágica, conforme se pode ver pelo Quadro 5.

Quadro 5. Meta-análise (2000): Efectividade e taxas de abstinência estimadas em função de vários tipos de intervenção de aconselhamento (n = 43 estudos)

Tempo de contacto	N.º de “grupos de tratamento”	Odds ratio estimados (IC a 95%)	Taxa de abstinência (IC a 95%)
Sem contacto	30	1,0	10,9
Aconselhamento mínimo <3 minutos	19	1,3 (1,01; 1,6)	13,4 (10,9; 16,1)
Aconselhamento – 3 a 10 minutos	16	1,6 (1,2; 2,0)	16,0 (12,8; 19,2)
Aconselhamento > 10 minutos	55	2,3 (2,0; 2,7)	22,1 (19,4; 24,7)

Fonte: Adaptado de FIORE, M.C. *et al.* - Treating tobacco use and dependence: 2008 Update: Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2008; Quadro 6.8. pág. 84.

Embora todos os profissionais de saúde possam ser efectivos no aconselhamento, os médicos são os que conseguem obter maiores taxas de abstinência, em resultado da sua intervenção no apoio dos pacientes fumadores (Gorin e Heck, 2004; Fiore *et al.*, 2008), conforme se pode ver no Quadro 6.

Numa análise do custo-efectividade de diversas estratégias de aconselhamento (aconselhamento mínimo, aconselhamento intensivo, com e sem medicação, e aconselhamento telefónico), observou-se que todas estas formas de aconselhamento tinham uma boa relação custo-efectividade, sendo que o aconselhamento médico, mínimo, apresentou os melhores resultados, permitindo a obtenção de ganhos em anos de vida e em anos de vida com qualidade (QALY), ao mais baixo custo (Feenstra *et al.*, 2005).



Quadro 6. Efectividade e taxas de abstinência em função de vários tipos de intervenção de aconselhamento. Meta-análise (2000);  $n = 29$  estudos.

Tipo de profissional	N.º de "grupos de tratamento"	Odds ratio estimados (I.C. a 95%)	Taxa de abstinência (I.C. a 95%)
Outros métodos	16	1,0	10,2
Auto-ajuda	47	1,1 (0,9 - 1,3)	10,9 (9,1 - 12,7)
Pessoal de saúde não médico	39	1,7 (1,3 - 2,1)	15,8 (12,8 - 18,8)
Médico	11	2,2 (1,5 - 3,2)	19,9 (13,7- 26,2)

Fonte: Adaptado de FIORE, M.C. *et al.* - Treating tobacco use and dependence: 2008 Update: Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2008; Quadro 6.11, pág. 88.

No mesmo sentido, Solberg *et al.* (2006) concluíram, num estudo de avaliação do custo-efectividade das intervenções de cessação tabágica, que o aconselhamento breve efectuado pelo médico, de modo oportunístico, se situava entre as três intervenções preventivas, prestadas no âmbito da prática clínica, com melhor relação custo-efectividade.

O tratamento do uso do tabaco é hoje considerado como um *gold-standard*, em termos de custo-efectividade, relativamente a outros cuidados preventivos (Fiore *et al.*, 2008; WHO, 2008a).

## 1.9. O aconselhamento médico do paciente no processo de mudança comportamental para a cessação tabágica. A importância do processo de comunicação

*“... since Hippocrates told us: ‘first of all, do no harm’ medicine has developed as a scientific endeavour, as a technological challenge, as an organizational puzzle and as an economical enterprise, in which, undoubtedly, everybody will claim that everything that is done, is done on behalf of the patient, that, of course, the patient is the centre of it all. But, certainly, most patients won’t feel it that way.”*

Jozien Bensing, 2000

O aconselhamento dos pacientes relativamente à aquisição de conhecimentos e competências que os habilitem a gerir a sua saúde e a prevenir ou controlar a doença crónica ganhou uma maior importância nos últimos cinquenta anos, em resultado do crescimento de patologias de evolução prolongada associadas aos comportamentos e estilos de vida individuais.

O consumo de tabaco integra-se no estilo de vida dos pacientes, encontrando-se muitas vezes associado a outro tipo de consumos, como o álcool ou as substâncias ilícitas, ou outros comportamentos de risco para a saúde, como o excesso de ingestão de alimentos ou o sedentarismo. Conforme referido por Grandes, Sanchez e Cortada (2008), num estudo efectuado em Espanha, estimou-se que apenas 9% da população entre os 18 e os 64 anos de idade apresentava hábitos saudáveis de vida - actividade física regular, bons hábitos alimentares, não consumo de tabaco e consumo moderado de álcool. Cerca de metade da população tinha pelo menos dois daqueles factores de risco e 18% pelo menos três.

### 1.9.1. Aconselhamento - definição do conceito

As intervenções de aconselhamento médico, no domínio da promoção da saúde e prevenção da doença, integram um conjunto de actividades de comunicação,

executadas no sentido de informar e apoiar o paciente na aquisição de competências que o habilitem para a aprendizagem, mudança ou manutenção de comportamentos relacionados com a saúde (Rollnick; Mason; Butler, 2000).

O aconselhamento deve ter como objectivo promover o *empowerment* do paciente, no que se refere à sua saúde e aos factores que a determinam. Nesse sentido deve assentar num modo cooperativo de trabalho, o que implica não só a participação activa do médico, mas também do paciente, tendo em vista aumentar a sua motivação, literacia em saúde, capacitação e autonomia.

O aconselhamento médico, aliando não só informação, mas também o efeito de persuasão inerente ao poder simbólico do médico, pode contribuir para o processo terapêutico e para a capacitação dos pacientes no domínio da saúde, revelando-se de grande ajuda no processo de mudança comportamental, em aspectos relacionados com os estilos de vida (Pendleton *et al.*, 1993, Hespanhol, 2009).

Qualquer processo de mudança gera resistências. Essas resistências resultam de um balanço entre aspectos positivos e aspectos negativos associados à mudança, mas podem também resultar da interacção com o terapeuta. Usar um estilo de comunicação assente no confronto, ou desadaptado ao grau de prontidão para a mudança percebido pelo paciente, pode criar desconforto na comunicação e resistências à decisão de mudar (Rollnick; Mason; Butler, 2000; Larson e Yao, 2005; Nunes, 2007; Santos, 2009).

#### 1.9.2. Modelos explicativos da interacção do médico com o paciente - a importância do processo de comunicação

Na década de 90 do século passado, foram delineados vários modelos que procuraram compreender a relação médico – paciente, na perspectiva da prestação de cuidados preventivos, como o *Systems model* de Walsh e McPhee (1992), citado por Goldstein *et al.*, 1998.

Na sua generalidade, estes modelos integram factores relacionados com o profissional, com o paciente e com o contexto social e cultural em que ambos interagem. São, ainda, tidos em conta factores ligados à prestação de cuidados, aos aspectos organizacionais com impacte no fornecimento de cuidados preventivos, bem como os resultados obtidos a nível da saúde dos pacientes, conforme Figura 6.

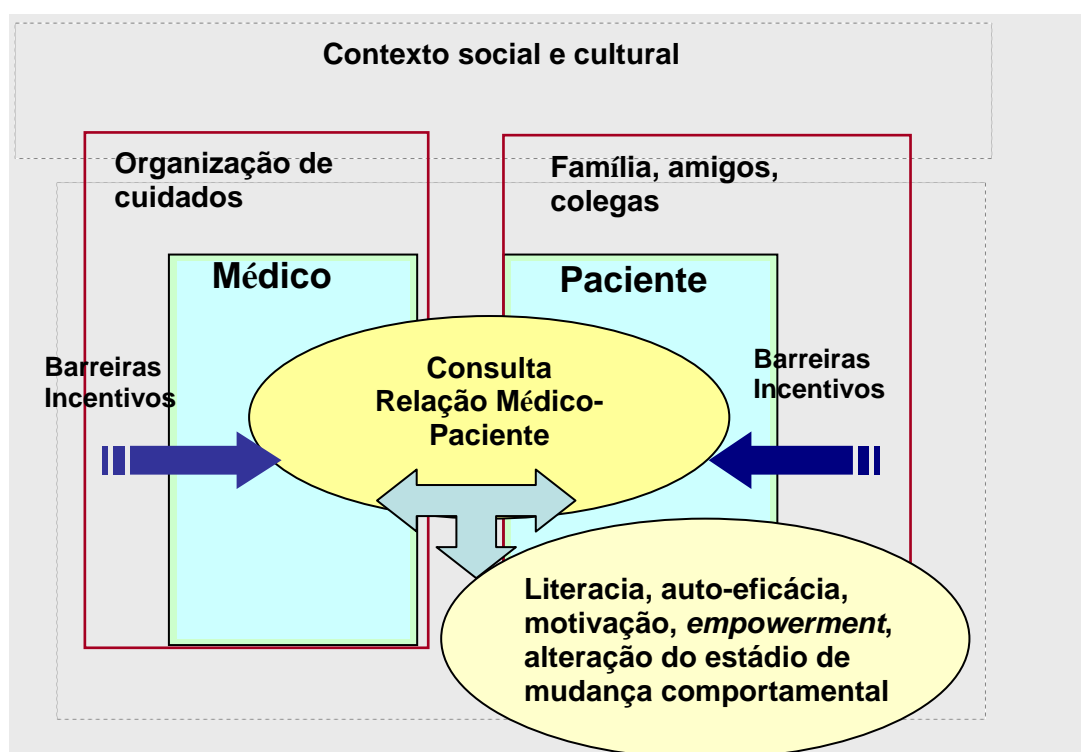


Figura 6. Prestação de cuidados preventivos e de promoção da saúde no contexto da consulta médica.

A integração de aspectos preventivos na prática clínica pode ser incentivada através de modificações em qualquer destas dimensões. Porém, de todas as variáveis em presença, o processo de comunicação na consulta assume um papel preponderante na adesão dos pacientes às recomendações e medidas preventivas propostas pelo médico. A adopção de uma abordagem comunicacional pouco adequada pode comprometer a efectividade do aconselhamento, ou até contribuir para provocar resistências ou sentimentos negativos no paciente que o levem a desistir de voltar à consulta.

Toda a actividade educativa é uma actividade comunicacional. As competências de comunicação com o paciente são, assim, um dos principais factores no sucesso das abordagens de promoção da saúde e prevenção da doença no contexto individual. A motivação do paciente aumenta quando este confia no seu médico e o processo de comunicação é adequado e percebido como positivo e satisfatório (Nunes, 2007).

A forma de comunicação na relação médico-paciente e a compreensão holística da pessoa e da sua relação com o consumo de tabaco pode ser decisiva para conseguir motivar o paciente fumador a parar de fumar.

Conforme referido por Rollnick, Butler e Stott (1997), muitos médicos não tomam a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre tabaco devido a constrangimentos de tempo, ou por não se sentirem à vontade na discussão deste assunto. A adopção de um processo de comunicação centrado no paciente, com recurso aos princípios da abordagem motivacional, pode resultar numa maior efectividade do aconselhamento e satisfação com a consulta. Conforme observado por estes autores, “...*developments in patient centred approaches to the consultation and progress in the addictions field suggest that new consulting methods could be constructed which are more satisfying than giving brief advice to change.*”

Por outro lado, determinados acontecimentos, os designados *teachable moments*, poderão suscitar nos pacientes, uma maior predisposição e disponibilidade para a adopção de comportamentos saudáveis. O período de gravidez, o nascimento de um filho ou de um neto, a notificação de testes clínicos com resultados fora dos parâmetros normais, a hospitalização ou o diagnóstico de uma doença podem constituir momentos mais favoráveis à decisão de parar de fumar (McBride, Emmons, Lipkus 2003; Rebelo, 2004b).

### 1.9.3. Do modelo biomédico à abordagem centrada no paciente

O modelo biomédico centrado na prática hospitalar, proposto por Abraham Flexner (Relatório Flexner, 1910), contribuiu para orientar a prática clínica segundo princípios científicos ao longo do século XX, predominando, ainda hoje, na forma como as escolas médicas organizam o ensino (Beck, 2004; Frenk *et al.*, 2010). Este modelo, que assenta num paradigma cartesiano da saúde, separação do corpo e da mente, divisão do corpo em sistemas, por sua vez compostos por peças ou órgãos, centra-se na pesquisa de sintomas e sinais de disfunção orgânica, tendo a reparação e a cura como objectivos.

A ênfase é colocada numa abordagem organicista, em que o espaço para a inclusão das vertentes sociais e psicoemocionais é reduzido e pouco valorizado. O ciclo clínico acontece fundamentalmente no hospital, local privilegiado para estudar as doenças. Nas palavras do próprio Flexner, “...o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural, biológico, e, a cura, o objectivo da Medicina. O social, o colectivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados como

factores interferentes no processo de saúde-doença (Pagliosa e Rós, 2008). Contudo, conforme afirmaram Ribeiro e Amaral (2008):

“... Embora a cura seja um objectivo apropriado para a medicina, ele é incompleto, e inadequado no contexto de doenças crónicas recidivantes, pois não considera a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e lesões, a restauração da capacidade funcional, a prevenção da morte prematura, o alívio do sofrimento e o cuidado dos doentes que não podem ser curados.”

Ao longo do século XX, em resultado dos grandes avanços da ciência e da tecnologia médicas, além da separação entre a mente e o corpo, a medicina tornou-se progressivamente mais especializada e tecnológica.

O método clínico centrado nas doenças e no poder do médico continuou a ser ensinado e a prevalecer até aos dias de hoje, em simultâneo com a emergência, em meados do século passado, de novas correntes de pensamento, que progressivamente foram questionando as limitações dessa abordagem, em particular quanto à necessidade de atender à dimensão psicossocial da doença e à narrativa apresentada na consulta (Peabody, 1927; Engel, 1977; 1997; Balint, 1998; Beck, 2004; Charon, 2001; Nunes, 2007).

Michael Balint, psiquiatra de origem húngara, a trabalhar no Reino Unido, no período pós-guerra, em que foi criado o Serviço Nacional de Saúde, analisa os processos de comunicação entre os médicos de clínica geral, os doentes e os problemas apresentados nas consultas, na sua obra *“The doctor, his patient and the illness”*, publicado em 1956, (Balint, 1998). Através da análise de casos, valoriza a importância de saber escutar o paciente, de modo distinto do tradicional, da compreensão da sua história e do uso dessa compreensão no processo terapêutico.

Balint propôs a criação de pequenos grupos de discussão, em torno de casos considerados difíceis de resolver, no sentido de ajudar os médicos de clínica geral a tomarem uma maior consciência quanto aos respectivos papéis na relação médico-doente.

Este autor sublinhou a importância do “efeito placebo” resultante da relação entre o médico e o seu paciente, durante a consulta: “... a substância de longe mais usada em medicina geral era o próprio médico, isto é, não era apenas o frasco de remédio ou a embalagem de comprimidos que tinham significado, mas a forma como o

médico os receitava ao seu paciente – na verdade a atmosfera em que a substância era dada e tomada.” (Balint, 1998). Ao contrário de outros medicamentos, a utilização da “substância” médico está pouco estudada, conforme referido por Balint (1998):

“... Apesar da nossa patética falta de conhecimento acerca da dinâmica e possíveis consequências das medidas de ‘tranquilização’ e do ‘aconselhamento’, ambas constituem provavelmente as formas de tratamento médico mais frequentemente usadas. Por outras palavras são as formas mais usuais em que a substância médico é administrada. ... Desejo reiterar que o aconselhamento e a tranquilização não são necessariamente errados em si mesmos; podem mesmo representar armas terapêuticas muito poderosas. O que está errado é que sejam administrados maciçamente sem uma adequada avaliação dos seus possíveis efeitos em cada caso individual.”

Os artigos do psiquiatra George Engel “*A unified concept of health and disease*” (1960) e “*The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*” (1977) marcaram o início de uma “nova” corrente no pensamento médico, assente na compreensão da pessoa, no seu todo biopsicossocial (Engel, 1977).

Numa perspectiva biomédica, o médico pode sentir dificuldade em lidar com pacientes que não apresentem uma doença orgânica, não se sentindo à vontade para abordar, por sua iniciativa, aspectos ligados às dimensões psicológicas e sociais da saúde ou às áreas relacionadas com a mudança de estilos de vida dos seus pacientes, em particular quando não existem doenças associadas que, de alguma forma, legitimem essa abordagem. O estilo de comunicação médico-doente assume, frequentemente, um perfil autoritário ou paternalista. Espera-se que os pacientes assumam um papel submisso e cumpram as recomendações do médico. Eventuais discordâncias entre o médico e o paciente na visão da doença e nos objectivos a atingir com o tratamento podem ter reflexos negativos nos resultados terapêuticos e na satisfação com a consulta.

#### 1.9.4. O método clínico centrado no paciente

*“... To contrast the two different ways of practising medicine, we call the first 'the illness-centred medicine'. This is taught in every teaching hospital, and almost exclusively by scientifically minded specialists, its aim is to identify a localizable fault in the patient which is then called illness, diagnose it properly in traditional terms and devise on this basis a rational therapy.... We learnt to contrast it with the 'patient-centred medicine' which, in addition to studying the parts and part function of the body ... tries to study the whole person in order to reach an 'overall diagnosis'. Unfortunately, this medicine is in its infancy. It has not yet developed a system comparable with the illness-orientated medicine, nor has it worked out a systematic therapy.”*

Michael Balint, 1969

Os cuidados centrados no paciente são hoje encarados como um novo paradigma de entendimento da relação do médico com os seus pacientes. Este paradigma, primeiramente proposto por Michael Balint, foi posteriormente desenvolvido por Ian McWhinney, Moira Stewart e outros (Stewart *et al.*, 1995; 2003), tendo por base os trabalhos de Carl Rogers (1985); Michael Balint (1998), George Engel (1977) e Peabody (1927), que, ao seu tempo, questionaram o ensino médico hospitalar e sublinharam a importância da dimensão humana da Medicina, vertente necessariamente complementar da vertente instrumental biomédica.

Esta abordagem, cujas raízes podem ser encontradas na medicina Hipocrática, praticada em Cós, na antiga Grécia, em antagonismo à medicina centrada no estudo e no tratamento da doença, praticada, na mesma época, pela escola de Cnido, pressupõe que o médico esteja disponível para compreender o paciente e a sua circunstância (cuidar) e para partilhar o poder na relação, visando uma base de entendimento comum e o fortalecimento da relação terapêutica (McWhinney, 2003).

Conforme observou Ian McWhinney (2003), *“... the new method should not only restore the Hippocratic ideal of friendship between doctor and patient, but also make possible a medicine which can see illness as an expression of a person with a moral*



*nature, an inner life and a unique life story: a medicine that can heal by a therapy of the word and a therapy of the body.”*

À luz deste modelo, o médico deve mostrar disponibilidade para partilhar informação e poder na relação, na medida em que esta partilha pode contribuir para a capacitação e o *empowerment* do paciente (Laine e Davidoff, 1996). De acordo com Stewart e outros (1995; 2003), o método clínico centrado no paciente assenta numa abordagem holística, em função de seis dimensões:

- Exploração da doença e da experiência de estar doente – caracterização da disfunção orgânica e da forma como a doença (*disease*) é vivenciada ou “sentida” (*illness*) pelo doente, as suas ideias acerca da doença, o modo como esta é aceite e o modo como afecta a funcionalidade e as expectativas de recuperação (*Feelings, Ideas, Function and Expectations*).
- Compreensão global da pessoa, no seu contexto de vida – procura de compreensão da doença e da pessoa doente, inserida num dado contexto familiar, social e cultural.
- Procura de um entendimento comum – quanto ao problema de saúde, quanto aos objectivos de tratamento e quanto aos papéis que deverão ser assumidos pelo médico e pelo doente.
- Incorporação da prevenção da doença e da promoção da saúde – esta componente sublinha a importância de se aproveitarem todos os contactos com o paciente como oportunidades de prevenção da doença e promoção da saúde.
- Reforço da relação médico-paciente – cada contacto com o paciente deve servir para reforçar a relação médico-paciente: reforçar a empatia, a confiança, o autoconhecimento e a disponibilidade para cuidar e tratar.
- Perspectiva realista – o médico deve ser realista acerca dos seus recursos, do tempo disponível e da energia emocional e física necessária para apoiar o paciente.

No contexto do presente trabalho, é de particular interesse conhecer o modo como é adoptada a quarta vertente deste modelo, relacionada com a inclusão da prevenção da doença e da promoção da saúde nos cuidados prestados aos pacientes.

Little e outros (2001) mostraram que muitos pacientes preferem que o médico adote um estilo de abordagem centrado no paciente, em particular em áreas relacionadas com a promoção da saúde. Os pacientes mais vulneráveis psicológica ou socioeconomicamente são os que parecem apresentar uma maior preferência por este tipo de abordagem.

A forma como o médico se relaciona com os seus pacientes pode criar condições mais ou menos favoráveis à discussão de aspectos ligados à mudança de comportamentos relacionados com a saúde (Street *et al.*, 2003; Street e Epstein, 2008).

A valorização do paciente, enquanto pessoa inserida numa dada família e num dado contexto profissional e social, com um determinado potencial de saúde, que poderá ser valorizado ou, pelo contrário, comprometido em determinados momentos do seu ciclo de vida, oferece uma importante oportunidade de prevenção da doença e de promoção da saúde.

Saber escutar o paciente, saber compreender as suas expectativas, as suas percepções e prioridades, de modo a que seja possível negociar objectivos terapêuticos numa base realista, são pressupostos valorizados por este tipo de abordagem, igualmente presentes no espírito das intervenções motivacionais para a cessação tabágica (Glasgow; Emont; Miller, 2006). O médico estará atento e disponível para ajudar o paciente a parar de fumar, respeitando no entanto a sua vontade, se, eventualmente, este quiser continuar a fumar ou não estiver disponível para discutir o assunto. Não se trata de impor uma proposta preventiva, mas de mostrar disponibilidade para o efeito (Getz; Sigurdsson; Hetlevik, 2003).

Essa disponibilidade permitirá obter uma base de entendimento comum, tendo em vista ajudar o paciente a explorar as suas dificuldades, a reforçar a sua auto-eficácia para deixar de fumar, a atribuir uma maior importância a este problema e a sentir-se pronto para mudar. Neste contexto, para além de saber “o que deve ser perguntado”, o médico deve saber “como perguntar” e “como escutar” as respostas do seu paciente, visando estabelecer com este uma relação de congruência e de autenticidade, que o ajude a encontrar por si próprio a motivação, os argumentos e os recursos necessários à mudança. As eventuais recaídas serão encaradas como fazendo parte do processo de mudança e não como um insucesso terapêutico (Stewart *et al.*, 1995; Toop, 1998; Stewart, 2003; Santos, 2009).

Porém, nem todos os pacientes esperam o mesmo estilo de comunicação por parte dos médicos. Pacientes mais idosos e com menor literacia preferem que o médico lhes dê pouca informação e assuma as decisões terapêuticas (Swenson *et al.*, 2004; Ulbricht, 2011). Pelo contrário, pacientes com maior grau de autonomia preferem conhecer as diferentes alternativas terapêuticas e ter o conselho do médico como apoio das suas próprias decisões.

Uma abordagem centrada no paciente deve atender às diferentes necessidades de cada paciente, partindo de um entendimento comum entre este e o seu médico, de modo a que seja possível, a partir do potencial de saúde do paciente e da sua motivação, estabelecer objectivos terapêuticos quanto ao que é aconselhável fazer, numa base realista, para a recuperação ou a manutenção de um bom estado de saúde (Krupat *et al.*, 2000; 2001; 2004). Não se trata de rejeitar a teoria reducionista da doença, mas de alargar o seu âmbito para ultrapassar os seus limites (Pendleton *et al.*, 1993; Borrell-Carrió; Suchman; Epstein, 2004).

## 1.10. Recomendações para a intervenção clínica na cessação tabágica

O tratamento do tabagismo pode assentar em diferentes tipos de abordagens de apoio à mudança comportamental – meios de auto-ajuda, Internet, linhas telefónicas de apoio, intervenções de grupo ou aconselhamento individual efectuado por um profissional de saúde. Complementarmente, pode ser utilizada medicação, alguma de venda livre, outra apenas acessível através de prescrição médica. Outros métodos, como a acupunctura, a hipnose ou o tratamento aversivo, têm sido propostos, embora a evidência sobre a sua efectividade seja ainda insuficiente (Fiore *et al.*, 2008).

Nos finais da década de 80 do século passado, o National Cancer Institute (EUA) promoveu um modelo de aconselhamento, considerado efectivo, centrado na realização de quatro tarefas: “4 Ás” – “**A**sk about smoking, **A**dvice ever smoker to quit smoking, **A**ssist patients with quitting, **A**rrange follow-up...” (US Department of Health and Human Services. NIH. National Cancer Institute, 1994; Pierce e Gilpin, 1994; Richards; Houston; Blum, 1994; Gorin e Heck, 2004).

Posteriormente, foram publicadas pela Agency for Health Care Policy and Research (EUA) orientações baseadas na evidência, assentes na identificação sistemática das pessoas fumadoras e no aconselhamento médico, oportunístico, em função destas quatro tarefas (Fiore *et al.*, 1996).

Em 2000, o US Department of Health and Human Services publicou linhas orientadoras para a abordagem da Cessação Tabágica (*Clinical practice guidelines for smoking cessation*, 2000). O protocolo dos “4Ás”, inicialmente proposto para a realização de intervenções de aconselhamento breves, é alargado, passando a incluir uma nova tarefa para além das quatro já descritas – **A**ssess motivation to quit.

Estas linhas de orientação foram posteriormente actualizadas, tendo por base uma análise de evidência a partir de cerca de 8700 artigos (Fiore *et al.*, 2008), mantendo-se o reconhecimento de que a abordagem médica da cessação tabágica se revela efectiva. Este documento apresenta diversas recomendações com força de evidência “A”, da qual se salientam as seguintes:

- Todos os médicos devem aconselhar os seus pacientes fumadores a parar de fumar, na medida em que a evidência mostra, de modo conclusivo, que o aconselhamento médico aumenta as taxas de abstinência.

- Os médicos devem encorajar todos os pacientes que querem parar de fumar a usar medicação efectiva no tratamento da cessação tabágica, excepto quando contra-indicada ou quando não exista evidência da sua efectividade (grávidas, utilizadores de tabaco sem fumo, fumadores leves e adolescentes).

No nosso País, as primeiras linhas de orientação neste domínio foram publicadas em Outubro de 2002, pelo então Instituto da Qualidade em Saúde – “Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco” (Soares e Carneiro, 2002).

Esta Norma seguiu as linhas de orientação propostas pelo US Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 2000), propondo a adopção de intervenções de aconselhamento, breves ou intensivas, complementadas por terapêutica farmacológica, de acordo com as suas diferentes indicações. Viria a ser posteriormente actualizada em 2008, pela Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Estudos de Medicina baseada na Evidência (Reis *et al.*, 2008).

Em 2003, a OMS, no âmbito da Health Evidence Network, procedeu a uma avaliação da evidência sobre a efectividade das diversas estratégias de promoção da cessação tabágica, concluindo-se que o *“physician advice to patients to quit smoking has been demonstrated to have a significant effect on reducing smoking. Nicotine replacement therapies have been shown to further double the chances of successfully quitting when used in conjunction with physician advice”* (Cornuz *et al.*, 2003).

No mesmo sentido, no Reino Unido, o National Institute for Health and Clinical Excellence (2006; 2008) emitiu linhas de orientação para a intervenção em cessação tabágica nos cuidados de saúde primários.

A revisão da evidência existente neste domínio, efectuada no contexto da *Cochrane Collaboration* (Stead; Bergson; Lancaster, 2008), confirmou a importância do aconselhamento médico, designadamente do aconselhamento breve. Conforme referido por Coleman (2004):

*“... all the published guidelines on managing smoking cessation recommend that all health professionals should give simple brief advice routinely to all smokers whom they encounter. The success rate of brief advice is modest, achieving cessation in about 1 in 40 smokers, but brief advice is one of the most cost effective interventions in medicine. ... the key point is that only one*

*or two minutes are needed for effective brief advice to be delivered in routine consultation.”*

Em 2009, as recomendações para a prevenção do consumo de tabaco emanadas, pela US Preventive Services Task Force (2009a; 2009b), em 2003, foram reavaliadas e confirmadas: “os médicos devem avaliar de forma sistemática os hábitos tabágicos dos seus pacientes adultos e oferecer uma intervenção de cessação tabágica a todos os fumadores” (*Reaffirmation Recommendation Statement, Abril de 2009*).

A utilização de intervenções de aconselhamento, incluindo o aconselhamento breve (três minutos ou menos), em conjugação ou não com a terapêutica farmacológica, provaram aumentar as taxas de abstinência, existindo uma relação dose-resposta entre o tempo de duração do aconselhamento e as referidas taxas.

De acordo com as orientações de Fiore *et al.* (2008), os médicos, apesar de trabalharem habitualmente numa situação de carência de tempo, devem considerar a questão do consumo de tabaco como uma prioridade:

- os médicos de família podem fazer a diferença – um aconselhamento breve, inferior a 3 minutos, pode ser efectivo em muitos pacientes fumadores;
- existe associação entre o tempo dedicado ao aconselhamento e os resultados em termos de tentativas bem sucedidas de cessação tabágica;
- mesmo quando os fumadores não estão motivados, o aconselhamento médico aumenta a motivação para uma tentativa de parar no futuro;
- existe uma maior pressão social sobre o consumo de tabaco em locais públicos de utilização colectiva, o que pode levar a que muitos fumadores se sintam compelidos a parar e necessitem de apoio para o fazer;
- os fumadores que recebem apoio sentem-se mais satisfeitos com a relação que estabelecem com o seu médico;
- as intervenções de aconselhamento, associadas ou não a terapêutica, são efectivas;
- o tabaco mata cerca de metade dos consumidores regulares, que iniciam o consumo na adolescência e fumam ao longo da vida.

Por outro lado, no nosso País, com excepção da terapêutica de substituição da nicotina, os medicamentos de primeira linha para o tratamento da dependência tabágica (bupropiona e a vareniclina) apenas podem ser vendidos sob prescrição médica (Portugal.MS.DGS, 2007).

Segundo Rebelo (2004b), a intervenção dos médicos de família na cessação tabágica deveria assentar em vários patamares:

“... uma pirâmide de base larga em que muitos médicos têm aptidões mínimas, usam-nas no seu dia a dia de prática clínica com fumadores indiferenciados, até ao vértice em que alguns, poucos, com uma sólida especialização, se responsabilizam por uma consulta de cessação tabágica dirigida a pacientes fumadores complexos, geralmente referenciados por outros médicos. O que se propõe é que para pacientes especiais seja necessário ter médicos especialmente treinados e a trabalhar num *setting* adequado.”

Em Dezembro de 2007, imediatamente antes da entrada em vigor da nova legislação do tabaco, a Direcção-Geral da Saúde emitiu um Programa-tipo de actuação em cessação tabágica, através de circular normativa para o Serviço Nacional de Saúde (Circular normativa n.º 26/DSPPS, de 28 de Dezembro de 2007), posteriormente editada em publicação amplamente difundida pelos profissionais de saúde (Portugal. MS. DGS, 2007; Nunes *et al.*, 2008).

Este Programa segue as linhas de orientação atrás descritas e actualmente aceites, conforme anteriormente descrito, com particular valorização da abordagem motivacional, em função dos estádios de mudança, conforme proposto por Miller e Rollnick (1991). Incide em duas grandes linhas de abordagem: a intervenção breve “5 Ás”, que pode ser efectuada pelo médico na consulta de MGF ou por outro profissional de saúde, em qualquer contacto com os pacientes, e a intervenção de apoio intensivo, que deve ser efectuada pelo médico, integrado numa equipa multidisciplinar, em espaço e horário próprios para o efeito.

No âmbito da abordagem de apoio intensivo, é preconizada a realização de cinco a seis consultas e quatro contactos telefónicos, a efectuar ao longo de um ano de acompanhamento do paciente. A metodologia de intervenção centra-se nos

mesmos princípios e pressupostos da intervenção breve – abordagem motivacional, centrada no paciente –, com recurso a terapêutica farmacológica sempre que indicada (Portugal. MS. DGS, 2007; Nunes *et al.*, 2008).

#### 1.10.1. A intervenção breve, segundo o modelo dos “5 Ás”

O acrónimo “5 Ás” (**A**bordar, **A**conselhar, **A**valiar, **A**poiar e **A**companhar) resume as cinco tarefas que devem ser adoptadas no aconselhamento breve dos pacientes, no âmbito da consulta de MGF (Fiore *et al.*, 2008), conforme se descreve no Quadro 7.

Quadro 7. Intervenção breve de aconselhamento para a cessação tabágica – modelo dos “5 Ás”

Intervenção breve “5 Ás”	Descrição das tarefas
<b>Abordar</b>	Identificar e documentar o uso de tabaco em cada consulta
<b>Aconselhar</b>	Aconselhar de forma clara e firme a parar de fumar
<b>Avaliar a motivação para parar</b>	Avaliar se o paciente está disponível para parar de fumar
<b>Apoiar na tentativa de parar</b>	Se o paciente não quer parar de fumar, efectuar uma abordagem motivacional breve. Repetir em todas as consultas (5Rs).
	No paciente ambivalente efectuar uma abordagem motivacional (entrevista motivacional).
	No paciente que quer parar de fumar, aconselhar e propor terapêutica farmacológica, se indicada.
<b>Acompanhar</b>	No paciente que quer parar de fumar, organizar um plano de consultas ou contactos telefónicos de seguimento.

Fonte: Adaptado de FIORE, M.C. *et al.* - Treating tobacco use and dependence: 2008 Update: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2008

De acordo com este modelo, o médico deve identificar e registar na ficha clínica os hábitos tabágicos dos pacientes que vão à sua consulta pela primeira vez, mantendo actualizada essa informação.



Todos os pacientes fumadores devem ser avisados, de modo claro, firme e conciso, sobre a necessidade de parar de fumar. Em seguida, o médico deve avaliar se o paciente tem interesse ou se sente motivado para deixar de fumar.

Se o paciente refere estar motivado para parar, o médico deve continuar a avaliação do grau de dependência e de prontidão para a mudança, propondo a marcação do “dia D” (primeiro dia sem consumo de tabaco). Devem discutir-se estratégias práticas de lidar com a abstinência, podendo estar indicada a instituição de terapêutica.

Perante situações mais complexas – níveis de dependência elevados, história de recidivas anteriores após intervenção breve, co-morbilidade associada –, pode estar indicado o encaminhamento do paciente para uma consulta de apoio intensivo.

No caso de o paciente não querer parar de fumar, o médico deve adoptar uma abordagem motivacional breve, com recurso aos princípios da entrevista motivacional.

Pacientes com história de recaídas anteriores, co-morbilidade psiquiátrica, níveis de dependência elevados ou presença de outras dependências, poderão necessitar de uma abordagem mais demorada e aprofundada, o que poderá comprometer o normal atendimento dos restantes pacientes. Nestas situações, pode estar indicado discutir um plano de seguimento, com o paciente, ou propor o seu encaminhamento para uma consulta de apoio intensivo (Fiore *et al.*, 2002; 2008; Ravara, 2004; Nunes *et al.*, 2008).

Embora as intervenções breves sejam efectivas, intervenções mais intensivas, multicomponentes podem ter uma maior efectividade. Conforme referido por Fiore e colaboradores (2008):

*“... at present, the best strategy for producing high long-term abstinence rates appears to be use of the most effective cessation treatments available; that is, the use of evidence-based cessation medication during the quit attempt and relatively intense cessation counseling (e.g., four or more sessions that are 10 minutes or more in length)...”*

#### 1.10. 2. Lidar com a ambivalência – a abordagem motivacional

O conceito de entrevista motivacional foi primeiramente desenvolvido por William Miller, no início da década de 80 do século passado, a partir das teorias da terapia

não-directiva de Carl Rogers (1985), tendo em vista ajudar a resolver os problemas ligados ao consumo de álcool.

Segundo Miller e Rolnick (1991), a “entrevista motivacional pode ser definida como um estilo de aconselhamento directivo, centrado no paciente, que visa suscitar uma alteração comportamental, através de mecanismos de exploração e resolução da ambivalência e de reforço da prontidão para a mudança”.

As estratégias da entrevista motivacional são de natureza persuasiva e de suporte, de modo a que a vontade de mudança resulte de um processo interior, consciente e autónomo e não de uma imposição exterior.

Esta abordagem visa suscitar, clarificar e resolver a ambivalência, a percepção dos benefícios e dos custos associados à mudança, bem como o grau de prontidão para a mudança, obtido pelo reforço da importância atribuída ao problema e pela capacitação do paciente no sentido do aumento da expectativa de auto-eficácia.

A entrevista motivacional requer uma abordagem centrada no paciente e tem como principais objectivos:

- aumentar a consciência do problema (sentido de importância do problema e necessidade de mudar);
- explorar e ajudar a resolver a ambivalência;
- ajudar a ultrapassar os obstáculos;
- reforçar a prontidão para a mudança (importância atribuída e auto-eficácia);
- apoiar o processo de tomada de decisão para a mudança.

Numa abordagem motivacional, o profissional de saúde deve estabelecer uma relação empática com o fumador, de modo a evitar as situações de confronto no processo de comunicação. Mais do que a simples realização de tarefas é a forma como estas são realizadas que pode fazer a diferença. Assim, segundo Miller e Rollnick (1991), a entrevista motivacional baseia-se em quatro princípios:

- Expressar empatia – enquanto capacidade de experimentar o “sentimento” de ser a outra pessoa. Aceitar o paciente, compreender as suas dificuldades e evitar a argumentação são princípios básicos para uma boa interacção com o paciente fumador.

- Fazer emergir as discrepâncias – a motivação para a mudança surge quando se toma consciência das incoerências entre a realidade actual e a que se gostaria de alcançar. Esta abordagem tem raízes na teoria da dissonância cognitiva, proposta por Festinger, em 1957 (Festinger, 1957; Rosa; Scholten; Carrilho, 2006). A dissonância, entre cognições e comportamento, é geradora de tensão psicológica, que pode conduzir à motivação para a mudança.
- Lidar com as resistências – o médico deve procurar não entrar em confronto com o paciente, devendo antes estabelecer um processo de comunicação caloroso, empático e colaborante. Importa que as percepções do fumador sejam exploradas, no sentido de que este identifique e verbalize possíveis soluções e novas formas de ultrapassar as dificuldades, tendo em vista alcançar com sucesso os seus objectivos de mudança.
- Reforçar a auto-eficácia – os reforços positivos e as expectativas positivas do médico, relativamente ao sucesso da mudança, favorecem a percepção de auto-eficácia relativamente à mudança. Pode ser necessário incentivar o treino de competências.

A entrevista motivacional requer o domínio de um conjunto de técnicas de comunicação facilitadoras da interacção com o paciente, assentes no aconselhamento centrado no paciente, na escuta reflexiva e na minimização das resistências à mudança, conforme proposto por Miller e Rollnick (1991):

- Utilização de perguntas abertas – as perguntas abertas incentivam o paciente a reflectir sobre o problema e a verbalizar os seus receios e dificuldades, o que contribui para clarificar o seu posicionamento relativamente ao assunto. Essa reflexão é fundamental para que a pessoa assuma, de modo consciente, a sua intenção de mudança.
- Utilização de afirmações positivas – o profissional deve fazer afirmações de valorização das capacidades, dos aspectos positivos ou dos sucessos já alcançados pelo fumador, mesmo que pequenos, no sentido de reforçar a sua percepção de auto-eficácia e a sua motivação para a mudança.

- Utilização da escuta reflexiva – é a chave de todo este processo. Saber ouvir o paciente é crucial para se compreenderem as suas percepções e expectativas e o modo como pode ser ajudado.
- Elaboração de sínteses – a elaboração de sínteses do que foi dito, ao longo da consulta, servem para demonstrar que o profissional de saúde está atento ao que o paciente lhe está a transmitir (escuta reflexiva) e para ajudar a clarificar as atitudes e intenções relativamente à mudança.
- Estimulação de afirmações de automotivação – é importante que o profissional de saúde facilite a elaboração de afirmações, por parte do paciente, que traduzam a vontade de mudar, as chamadas “falas de mudança”, na medida em que esta verbalização pode ajudar a ultrapassar a fase de ambivalência.

A abordagem motivacional deve ser adaptada a cada estágio de mudança, sendo útil ao longo de todo o processo. Pacientes renitentes à mudança, que declaram não querer parar de fumar (pré-contemplação), podem beneficiar de uma abordagem motivacional breve, centrada na realização de cinco tarefas, segundo o acrónimo “5 Rs” – **R**elevância; **R**iscos, **R**ecompensas, **R**esistências, que devem ser repetidas (**R**epetição) em todos os contactos com os pacientes, conforme Quadro 8.

Quadro 8. Intervenção breve de aconselhamento – modelo dos “5Rs”

Intervenção “5 Rs”	Descrição das tarefas
<b>Relevância</b>	Solicitar ao paciente que identifique a importância atribuída ao parar de fumar
<b>Riscos</b>	Solicitar ao paciente que identifique os riscos que associa ao continuar a fumar
<b>Recompensas</b>	Solicitar ao paciente que identifique os benefícios que atribui à cessação tabágica
<b>Resistências</b>	Solicitar ao paciente que identifique as dificuldades associadas ao processo de mudança
<b>Repetição</b>	Repetir as 4 tarefas anteriores em todos os contactos com o paciente

Fonte: adaptado de Fiore *et al.* – Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service 2008.

Comunicar com o paciente, sem entrar em confronto, implica possuir a capacidade de escuta e de empatia, ou seja, ser capaz de se colocar na posição do “outro”, para assim compreender melhor as suas dificuldades e expectativas. O paciente deve ser encorajado a verbalizar a importância que atribui à decisão de parar de fumar, bem como as perdas e os ganhos que associa à cessação tabágica. Devem ainda ser explorados os obstáculos e as resistências associados à mudança. Esta tarefa deverá ser repetidamente efectuada, em todas as consultas, até que o paciente progrida para o estágio seguinte (Miller e Rollnick, 1991; Rollnick, 2000; Wagner e Connors, 2003; Santos, 2006; Fiore *et al.*, 2008).

Considerando que a recaída é frequente, em particular nos seis meses subsequentes ao início da abstinência (dia D = primeiro dia sem cigarros), é muito importante que o médico avalie se os ex-fumadores recentes se mantêm abstinentes. Perante uma eventual recaída, o médico deverá mostrar disponibilidade para continuar a apoiar o paciente, ajudando-o a compreender que a recaída apenas corresponde a uma etapa num processo de mudança, que certamente virá a ser bem sucedido numa próxima tentativa.

Carroll e colaboradores (2006) observaram que a adopção de uma abordagem motivacional pode ser aprendida e incorporada na prática clínica. Esta abordagem pode aumentar a proporção de pacientes que regressam para uma segunda consulta, ou seja pode aumentar a adesão ao processo de mudança comportamental e, consequentemente, as taxas de sucesso na cessação tabágica.

Numa revisão efectuada pela Cochrane Collaboration (Lai *et al.*, 2010) concluiu-se que a abordagem motivacional é efectiva na cessação tabágica, relativamente ao aconselhamento breve ou à consulta convencional, quando feita por médicos de MGF, em especial quando as sessões de consulta têm uma duração superior a vinte minutos.



1. INTRODUÇÃO

2.<sup>a</sup> PARTE – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA  
E PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

---





### 1.11. Definição do problema em estudo

*“Health promotion presents no “problem” for physicians to solve; the emphasis is on health, on non events. It entails no dramatic surgical intervention, and the grateful patient is replaced by someone unlikely to credit, much less praise, the physician for improving the probability of a longer and better life ...”.*

Pels; Bor; Lawrence, 1989

As normas de orientação clínica para a cessação tabágica, adoptadas na generalidade dos Países desenvolvidos, valorizam o papel dos profissionais de saúde, em particular dos médicos de MGF, no tratamento dos pacientes fumadores, com recurso a intervenções breves, conforme anteriormente descrito no capítulo introdutório.

Reiterando esta abordagem, nos termos das linhas directrizes para a implementação do artigo 14.º da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, da OMS, relativo à promoção da cessação tabágica, aprovadas em Novembro de 2010, o *“brief advice should be implemented as an essential part of standard practice and its implementation should be monitored regularly”* (WHO, 2010).

Este tipo de intervenção é custo-efectivo, sendo considerado como um *gold-standard* das actividades médicas preventivas (Fiore *et al.*, 2008; WHO, 2008a).

Embora o aconselhamento dos pacientes para a adopção de comportamentos promotores de saúde seja uma área de intervenção médica por excelência – desde a medicina Hipocrática que o poder do médico assenta no bom uso da palavra –, estudos relativos ao aconselhamento médico para deixar de fumar mostram que estes nem sempre intervêm com a frequência e a consistência desejáveis neste domínio e que muitos utentes fumadores referem nunca ter sido aconselhados pelo seu médico a deixar de fumar (Brotons *et al.*, 2005; Pollak, 2008).

Boyle e colaboradores (2000), num estudo pan-europeu, observaram, relativamente a Portugal, que cerca de 31% dos fumadores diários, com dezoito ou mais anos, disseram ter sido avisados pelo seu médico a parar de fumar e que apenas

11% dos fumadores referiram ter sido aconselhados a deixar de fumar com recurso a uma intervenção breve segundo o modelo dos “5 Ás”.

Num estudo efectuado em onze países europeus, promovido pela *European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUOPREV)*, estudo em que Portugal não participou, verificou-se que 86% dos respondentes concordaram que o aconselhamento dos fumadores deve ser realizado, mas apenas 61% responderam efectuar esse tipo de aconselhamento. Por outro lado, mais de metade dos médicos manifestou a percepção de que o aconselhamento era pouco ou nada efectivo (Brotons *et al.*, 2005).

Puska e outros (2005), num estudo multicêntrico levado a cabo em doze países europeus, concluíram que apenas 36% dos médicos de MGF aconselhavam sempre, em todas as consultas, os seus pacientes sobre consumo de tabaco.

Num estudo de avaliação da realização do aconselhamento para a cessação tabágica segundo o modelo dos “5 Ás”, efectuado por Quinn e outros (2005), em 64 764 utentes de nove *Health Maintenance Organizations* (EUA), verificou-se que 90% dos fumadores referiram ter sido questionados sobre o consumo de tabaco, 71% ter sido aconselhados a parar, 56% ter sido alvo de avaliação quanto à sua motivação para parar de fumar, 49% ter sido apoiados a parar e apenas 9% ter tido um acompanhamento programado. Os autores concluíram que mais de metade dos pacientes fumadores tinha sido inquirida e aconselhada a parar de fumar (tarefas correspondentes aos primeiros “2Ás”: abordar e aconselhar). No entanto a proporção de fumadores que referiu ter sido apoiada ou ter beneficiado de acompanhamento foi bastante inferior. Os fumadores que receberam tratamento mostraram-se mais satisfeitos com os serviços de saúde, do que os fumadores que não receberam tratamento.

Stead e outros (2009), no âmbito do projecto de investigação europeu *General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe*, procuraram conhecer as práticas dos médicos de MGF na União Europeia relativamente ao aconselhamento e apoio prestado aos pacientes no domínio da cessação tabágica. Os resultados mostraram que a maioria dos médicos, entre 62% a 98%, referiu inquirir sobre os hábitos tabágicos na primeira consulta efectuada com o paciente. Contudo, a proporção de médicos que referiu inquirir “sempre” os seus pacientes sobre esta matéria de modo oportunístico foi bastante inferior (variando de 28% na Bélgica a 63% no Reino Unido). Na Irlanda, 47% dos médicos de MGF referiram abordar muitas

vezes esta questão, mas apenas 1% o faziam em todos os contactos com o paciente. Não foram obtidos dados para Portugal, no âmbito deste estudo.

À luz do modelo para a prestação de cuidados preventivos anteriormente analisado, parece assim pertinente conhecer o tipo de práticas de aconselhamento adoptadas pelos médicos portugueses e compreender quais os factores que favorecem ou diminuem a motivação do médico para intervenções de aconselhamento, tendo presente que este pode ter lugar, de modo oportunístico, no contexto das consultas de MGF, ou apenas perante situações de doença associada ou agravada pelo consumo de tabaco. No diagrama apresentado na Figura 7. sintetizam-se as variáveis referentes ao médico que poderão influenciar as práticas de aconselhamento, designadamente as suas atitudes, percepções e expectativas quanto ao grau de sucesso deste tipo de intervenção, o método clínico usado na consulta *versus* a percepção das barreiras ou dos factores que poderão facilitar ou dificultar a sua intervenção nesta matéria.

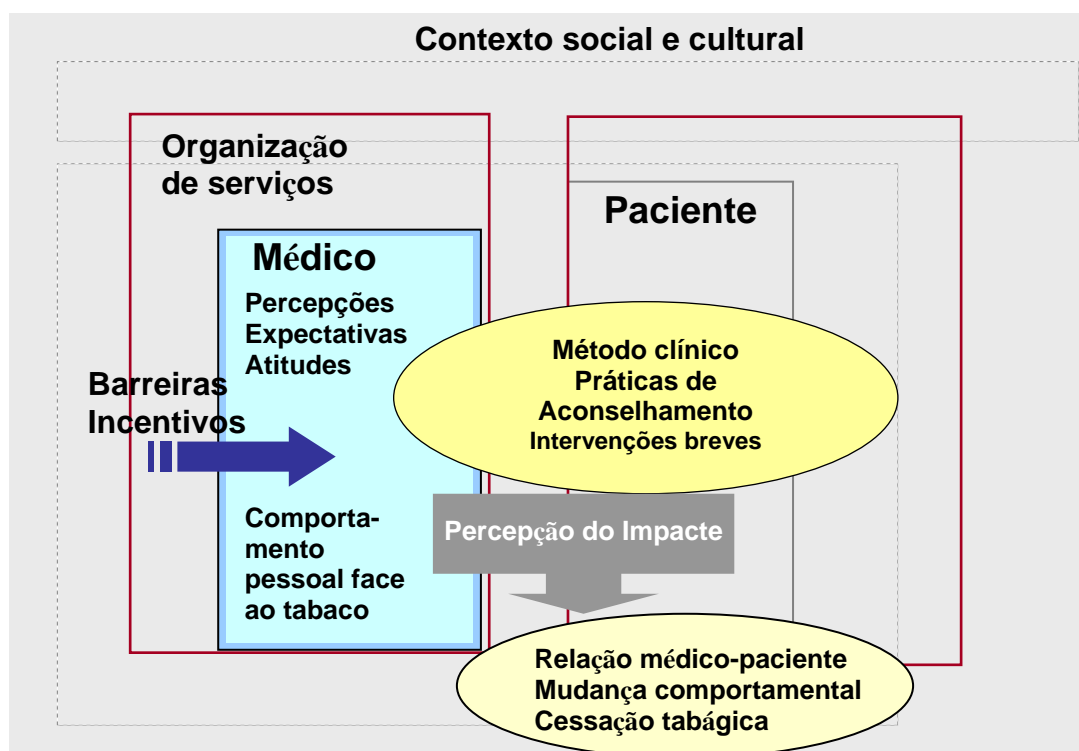


Figura 7: Diagrama de síntese das principais variáveis conceptuais incluídas no estudo.

#### 1.11.1. As barreiras ao aconselhamento

*“... A number of barriers to diffusion of health promotion recommendations exist in medical practice, none more important than the disease orientation of clinicians.”*

Robert S. Lawrence, 1990

As barreiras à intervenção dos médicos no aconselhamento para a cessação tabágica podem resultar de factores relacionados com os médicos, com os pacientes, com a interacção entre ambos ou com o contexto em que essa interacção tem lugar. No que respeita ao médico, vertente que será analisada no presente trabalho, uma das principais barreiras decorre da perspectiva de encarar a prática médica. O modelo biomédico prevalecente, ensinado ao longo do século XX na generalidade das escolas médicas, enfatiza o diagnóstico e o tratamento farmacológico da doença somática e desvaloriza a componente comportamental, mais difícil de objectivar e “tratar”. A formação médica tradicional, assente neste modelo, tem contribuído para que muitos médicos construam a crença de que as actividades de aconselhamento e promoção da saúde dos pacientes não fazem parte do seu espectro de actividades, sendo de menor importância, devendo, por isso, ser “delegadas” em outros profissionais (Pinto, Côrte-Real; Nunes, 2010).

A orientação para uma abordagem biomédica centrada na doença constitui, assim, uma importante barreira à adopção de abordagens de aconselhamento orientadas para os factores comportamentais, em particular se não estiverem presentes sintomas ou sinais de doença que as legitimem. Neste contexto, é de esperar que as gerações de novos médicos, formados em escolas com uma perspectiva menos tradicional do ensino, possam vir a revelar atitudes e práticas mais consentâneas com uma compreensão holística da saúde e dos factores que a determinam.

Muitos médicos não aconselham ou apenas fazem um aconselhamento prescritivo e superficial, porque têm a percepção de não possuir os conhecimentos e as competências necessários para intervir nesta área. A percepção de baixa auto-eficácia no aconselhamento e a dificuldade em lidar com os pacientes renitentes a parar de fumar pode constituir um impedimento à abordagem do assunto. Outros

médicos podem não intervir, simplesmente por não gostarem do tema ou por não se sentirem motivados para introduzir novas abordagens na consulta, mesmo quando possuem formação ou dispõem de orientações clínicas nesse sentido. Vários estudos têm mostrado que a relutância em seguir as recomendações e normas de orientação clínica nesta matéria se encontra negativamente associada às práticas de intervenção. Contrariamente, a familiaridade com essas normas está positivamente associada a melhores práticas de actuação e a melhores resultados, traduzidos por melhores taxas de sucesso no aconselhamento na área da cessação tabágica (Cabana *et al.*, 1999; Berlin, 2008; Park *et al.*, 2001; Mas *et al.*, 2008).

Outro tipo de barreiras pode decorrer das atitudes, das percepções e dos comportamentos pessoais do médico relativamente à sua própria saúde. Os médicos que adoptam comportamentos favoráveis à saúde parecem aconselhar mais, e de forma mais consistente, os seus pacientes, revelando-se mais efectivos nesse aconselhamento. Neste contexto, parece ser de colocar a hipótese de que os médicos que nunca fumaram poderão aconselhar mais frequentemente os seus pacientes a parar de fumar (Frank *et al.*, 2000; Frank; Breyan; Elon, 2000; Frank, 2004).

Pelo contrário, alguns estudos mostram que o consumo de tabaco por parte dos médicos e as atitudes negativas relativamente a este assunto se apresentam frequentemente associados a práticas de intervenção menos consistentes e continuadas (Frank *et al.*, 2000; Hajjar *et al.*, 2006; Puska *et al.*, 2005; Meredith *et al.*, 2005; Pollak, 2008).

#### 1.11.2. As expectativas dos médicos e dos pacientes relativamente ao aconselhamento para a cessação tabágica

*“... Evidence is compelling that health promotion and prevention efforts can be applied effectively by physicians. Yet, physician education and attitudes ..., and patient education, expectations, motivations, and attitudes ... can undermine such interventions. Overcoming such barriers to achieve success in health promotion and disease prevention efforts can be achieved through using a patient-centred approach.”*

Stewart, 2003

Com base no estudo de Cabral, Alcântara da Silva e Mendes (2002) – Saúde e doença em Portugal –, para 61% dos portugueses a primeira fonte de informação sobre saúde foram os médicos e os enfermeiros. Os farmacêuticos foram a segunda fonte mais referida (32,9%). De acordo com este estudo, e tendo como referência o conjunto de fontes de informação mencionadas, verifica-se que os profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e farmacêuticos, são os mais citados como fonte de informação sobre saúde, com 130% de menções, para apenas 70% para a comunicação social generalista e especializada, 48% para a família, colegas e amigos, 14% para as campanhas públicas e 7% para a escola.

Conforme referem Santos e Ribeiro (2009), “...as expectativas do doente face às possibilidades do médico ou da medicina dependem das suas crenças, da sua cultura, do ambiente social e económico em que vive, das políticas, das estratégias e da organização dos cuidados de saúde. ... o desempenho do médico depende do seu saber, da finalidade que atribui à sua missão, da interpretação que faz das necessidades da pessoa que o consulta e da organização dos serviços de saúde que presta”.

Um estudo efectuado por Grol e outros (1999), tendo por base um instrumento de avaliação das prioridades dos pacientes relativamente aos cuidados de medicina geral e familiar em vários países da Europa, coordenado, em Portugal, por Pedro Ferreira, mostrou, conforme Quadro 9., que os doentes portugueses colocaram em primeiro lugar a satisfação de necessidades no campo da comunicação, valorizando a importância do “tempo para falar e para ouvir”, a par da valorização das actividades preventivas: “ o médico de família não deve apenas curar doenças, deve também prestar serviços com vista à sua prevenção”.

Embora realizado há dez anos atrás, este estudo revela a importância que os pacientes atribuem à vertente da comunicação com o seu médico de MGF. Outros estudos mais recentes mostram resultados semelhantes. Os pacientes valorizam não só a qualidade técnica da consulta, mas também a qualidade da relação que estabelecem com o médico (Cheraghi-Sohi *et al.*, 2008).

Todavia, alguns médicos evitam aconselhar repetidamente sobre consumo de tabaco, por terem receio de prejudicar a relação com os seus pacientes. O aconselhamento de pessoas sem risco aparente e que se sentem saudáveis cria desconforto e não oferece o mesmo grau de gratificação, dado não existirem doenças

associadas ou agravadas pelo tabaco, que registem uma melhoria quando o fumador deixa de fumar.

Quadro 9. As dez prioridades dos doentes portugueses relativamente à MGF

As dez prioridades dos doentes portugueses relativamente à MGF (n= 290)	
1.	Durante a consulta, o médico de família deve ter tempo suficiente para me ouvir, para falar comigo e para me explicar.
2.	O médico de família deve ser capaz de prestar cuidados imediatos em caso de urgência.
3.	O médico de família não deve apenas curar doenças, deve também prestar serviços tendo em vista a sua prevenção.
4.	O médico de família deve frequentar cursos para se manter actualizado relativamente aos últimos conhecimentos médicos.
5.	O médico de família deve ensinar-me a tomar correctamente os medicamentos.
6.	O médico de família deve fazer sentir-me à vontade para falar sobre os meus problemas.
7.	O médico de família deve mostrar interesse por mim e pela minha situação de saúde.
8.	O médico de família deve garantir a confidencialidade da informação acerca dos seus pacientes.
9.	O médico de família deve querer avaliar regularmente o meu estado de saúde.
10.	Deve ser possível marcar uma consulta sem grande tempo de espera.

Adaptado de: Grol, R. *et al.* – Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice*, 16:1 (1999) 4-11. (Quadro IV, páginas 8 e 9).

A falta de tempo, perante outras prioridades a tratar durante a consulta, e a falta de formação, têm sido argumentos frequentemente invocados pelos médicos para não intervirem nesta área (Rose,1985; Butler, Rollnick; Stott; 1996; Berlin, 2008).

Por outro lado, muitos médicos que iniciam com entusiasmo o aconselhamento generalizado dos seus pacientes podem sentir-se desmotivados, passados alguns meses, quando verificam as baixas taxas de sucesso alcançadas. A não compreensão do processo de mudança comportamental como um percurso com etapas sucessivas,

com avanços e retrocessos, pode conduzir à frustração do médico e do próprio paciente, sempre que este sofre uma recaída. Na cessação tabágica, o grau de sucesso obtido é habitualmente baixo, situação que, para muitos médicos, pode ser desanimadora. Acresce que esta baixa proporção de casos de sucesso reforça a convicção de que os utentes não estão interessados em mudar. Esta convicção pode levar o médico a construir a crença que a maioria dos pacientes não quer parar de fumar e que, por esse facto, não vale a pena intervir (Butler, Rollnick, Stott, 1996).

Os pacientes fumadores, por sua vez, referem esperar que o médico os aconselhe sobre tabaco, embora não apreciem “pregações” ou ser admoestados em relação ao seu consumo de tabaco, em particular quando não querem parar de fumar (Butler; Pill; Stott, 1998). Quando isso acontece, o paciente sente-se culpabilizado e poderá deixar de voltar à consulta ou recusar voltar a conversar sobre o assunto.

Cerca de 85% dos fumadores que anualmente fazem uma tentativa para parar de fumar não pediram apoio ao seu médico (European Commission, 2007). Um estudo sobre as razões para os fumadores não procurarem ajuda para parar de fumar evidenciou, como principais factores, a convicção de serem capazes de parar sozinhos, (55,2%) de a ajuda não ser necessária (40,1%) e a percepção de o tabaco não ser um grande problema na sua vida (36,5%). Apenas 20% dos fumadores referiram estar convencidos de que o apoio médico na cessação tabágica poderia aumentar a probabilidade de êxito. Os custos financeiros com as terapêuticas para a cessação tabágica foram referidos como um obstáculo à cessação tabágica por cerca de um quarto dos inquiridos (Gross *et al.*, 2008). Atendendo à valorização que os pacientes atribuem ao estilo de comunicação com o médico, a abordagem da questão do consumo de tabaco pode, se não for bem conduzida e adaptada às características de cada fumador, levar a situações de potencial dificuldade de comunicação entre ambos, provocando insatisfação com a consulta e a perda de oportunidades de prevenção. Conforme referido por Butler, Pill e Stott, 1998:

*“... doctor-patient relationships can be damaged if doctors routinely advise all smokers to quit. Where doctors intervene, a patient centred approach – one that considers how individual patients view themselves as smokers and how they are likely to react to different styles of intervention – is the most acceptable.”*



Ulbricht e outros (2011) verificaram que cerca de metade dos pacientes espera que o seu médico aborde a questão do consumo de tabaco. As mulheres e os pacientes mais idosos manifestaram, contudo, algumas reservas relativamente à discussão deste assunto com o seu médico.

A adopção de uma abordagem motivacional centrada no paciente, de acordo com os princípios anteriormente descritos, parece configurar a melhor forma de evitar o confronto e suscitar o interesse do paciente em aderir a um processo de mudança.

#### 1.11.3. A complexidade da consulta e as barreiras organizacionais – tempo para prevenir a doença e promover a saúde

*“... Lack of time has become one of the catchphrases of health care ... How can constructive, efficient, caring, and healing relationships be built up with more than a thousand individuals in a series of short and intermittent general practice consultations punctuated by constant interruption and colored by anticipatory stress of further work commitments?”*

Toop, 1998

A exiguidade do tempo de consulta, a necessidade de dar prioridade ao tratamento de doenças agudas, a falta de incentivos (financeiros ou outros), a falta de investimento estratégico na prevenção, a falta de esquemas inovadores a nível dos suportes de informação, que ignoram, de um modo geral, as variáveis relacionadas com os estilos de vida, a falta de formação e a falta de trabalho em equipa com outros profissionais constituem algumas das barreiras à intervenção do médico no domínio da cessação tabágica, descritas na literatura (Hughes, 2003; Vogt; Hall; Marteau, 2005; 2007; Berlin, 2008).

As barreiras de carácter organizacional e a falta de formação na área da cessação tabágica são outras das barreiras ao aconselhamento mais frequentemente citadas pelos médicos de MGF (Cornuz *et al.*, 2000; Berlin, 2008).



### 1.12. Perguntas de investigação. Objectivos e Hipóteses

É difícil identificar qualquer outra condição que apresente uma mistura tal de letalidade, prevalência e negligência, apesar da existência de intervenções efectivas e prontamente acessíveis.

Isabel Soares e Vaz Carneiro, 2002

Portugal tem vindo a instituir importantes estratégias populacionais no sentido de desincentivar a iniciação do consumo de tabaco nos jovens e de limitar o acto de fumar em locais fechados de utilização colectiva (Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto; Portugal, DGS, 2007). Destas abordagens espera-se, por um lado uma redução no número de jovens que se torna dependente, por outro, um aumento dos actuais fumadores que decidem parar de fumar, devido à menor aceitabilidade social deste consumo (Portugal. MS. DGS; Portugal. MS. INSA, 2011).

Embora a criação de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efectuadas por equipas multiprofissionais, possa responder às necessidades de muitos pacientes, os seus custos de funcionamento, em termos de tempo e de recursos humanos, aconselham que as mesmas se destinem não a todos os pacientes fumadores, mas prioritariamente aos que apresentam uma situação clínica mais complexa.

Apesar de, anualmente, muitos fumadores pararem de fumar sem qualquer ajuda, a recaída é muito frequente, mesmo quando já existem sintomas de doença agravada pelo consumo de tabaco, estimando-se que apenas 3 a 7% dos fumadores que param de fumar consigam uma abstinência a longo prazo quando o fazem sem qualquer tipo de ajuda (Hughes; Keely; Naud, 2004; Fiore *et al.*, 2008). O apoio de um profissional de saúde, em particular do médico de MGF, realizado de modo oportunístico na consulta de MGF, com recurso a intervenções breves, apoiadas por terapêutica farmacológica, sempre que indicada, constitui uma medida de primeira linha, efectiva e pouco dispendiosa, com vista a melhorar a saúde dos pacientes e a evitar múltiplas patologias crónicas, com grande impacte em saúde pública.

Considerando que a generalidade das pessoas fumadoras apresenta sintomatologia e diverso tipo de patologias que obrigam à procura de cuidados de saúde, o médico de MGF tem a oportunidade de identificar os pacientes fumadores e

de aproveitar os múltiplos contactos que com eles estabelece, ao longo do seu ciclo de vida, para os informar e apoiar no processo de cessação tabágica, podendo adequar a sua intervenção às características e momentos de maior susceptibilidade à mudança (*teachable moments*).

Diversos autores têm chamado a atenção para o facto de a intervenção dos médicos de MGF na cessação tabágica se situar frequentemente aquém do desejável (Jaén et al., 1997; Doescher e Saver, 2000; Quinn et al., 2005; Stead et al., 2009; Tong et al., 2010). Walter e outros (2010), tendo por base um estudo qualitativo assente em entrevistas a médicos de MGF alemães, concluíram:

*“...we found that preventive care was provided in a suboptimal and unsystematic manner. The participants of this study learned about preventive care from their own experiences in their medical practices. Preventive care was not a major part of the medical curricula and there are limited continuous training programs offered by German health organizations.”*

Mesmo em países com forte tradição de investimento nesta área, como o Reino Unido, que dispõe de uma rede de serviços de apoio à cessação tabágica bem estruturada, a intervenção dos médicos de MGF, no que se refere ao aconselhamento breve e ao encaminhamento dos pacientes fumadores para estes serviços de apoio, tem-se revelado insuficiente, conforme dados recentemente publicados evidenciam:

*“...there are very few healthcare professionals who do not treat conditions caused by or exacerbated by smoking. Helping these patients to stop smoking is often the most effective and cost-effective of all the interventions they receive. Despite this, however, rates of intervention by healthcare professionals remain low.”* (Croghan, 2011).

Tratando-se de uma área sujeita a investigação em diversos países (Association of American Medical Colleges, 2007; Tong et al., 2010; Croghan, 2011), não foram identificados estudos que permitam conhecer a realidade portuguesa. Um recente estudo de revisão realizado a nível europeu, com a participação do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, corroborou esta conclusão, não tendo sido encontrada literatura nacional elegível nesta matéria (Stead et al., 2009).

Conforme referido por João Lobo Antunes (2005), “a cultura profissional dos médicos é muito mais orientada para o diagnóstico e tratamento da doença do que para a mudança de comportamentos e muitos de nós preferem não perder tempo com uma actividade tão pouco compensadora”.

Alterar esta realidade, implica conhecer os factores que interferem no processo de decisão clínica subjacente à iniciativa de aconselhar os pacientes fumadores sobre o seu consumo de tabaco, às circunstâncias desse aconselhamento e ao tipo de práticas de aconselhamento adoptadas. A partir desse conhecimento será possível vir a compreender o peso das diferentes variáveis em presença, conhecimento esse fundamental para a identificação das estratégias que deverão ser adoptadas, tendo como finalidade melhorar as práticas de intervenção neste domínio, e a consequente obtenção de ganhos em saúde decorrentes do aumento da proporção de fumadores que anualmente pare de fumar.

Neste sentido, tendo como referência as teorias explicativas do processo de adopção e mudança de comportamentos descritas no capítulo de enquadramento teórico do presente trabalho, a grelha de análise dos factores determinantes dos comportamentos relacionados com a saúde, proposta por Green e Kreuter (1991), e adoptada por Tremblay e outros (2001), foi construído um modelo teórico explicativo dos factores potencialmente implicados na decisão de aconselhar e nas práticas de aconselhamento sobre cessação tabágica, conforme se apresenta na Figura 8.

Esses factores são de diversa natureza, podendo ser sistematizados em:

- Factores facilitadores da adopção de boas práticas de aconselhamento, ligados ao contexto organizacional e social – condições organizativas para o exercício clínico, legislação de prevenção do tabagismo e grau de aceitabilidade social do consumo de tabaco;
- Factores capacitantes, associados à posse de conhecimentos, anos de experiência clínica, posse de formação específica em MGF, posse de formação em cessação tabágica, treino na adopção de abordagens motivacionais centradas no paciente;
- Factores de reforço ou de incentivo, positivo ou negativo, decorrentes do *feedback* proveniente dos pacientes, dos pares, dos órgãos de gestão, bem como dos incentivos organizacionais ou financeiros associados ao desempenho clínico nas áreas preventivas;

- Factores predisponentes, associados às atitudes face ao problema do tabagismo e ao papel do médico de MGF na cessação tabágica, percepções, expectativas, tipo de método clínico adoptado na consulta – centrado no paciente ou na doença –, percepção dos obstáculos e dos factores facilitadores;
- Factores interferentes, como o sexo e os comportamentos pessoais de saúde, em particular os relativos ao consumo de tabaco.

Tendo por base o enquadramento teórico do presente trabalho e a análise desta multiplicidade de factores, conforme modelo explicativo sintetizado na Figura 8., colocam-se as seguintes perguntas de investigação:

1. Que atitudes, percepções e expectativas são referidas pelos médicos de MGF, relativamente ao consumo de tabaco, enquanto problema de saúde, e ao seu papel no aconselhamento dos pacientes sobre cessação tabágica?
2. Que tipo de método clínico é adoptado na consulta de MGF e qual a sua relação com as atitudes, percepções e práticas auto-referidas de aconselhamento no domínio da cessação tabágica?
3. Quais as expectativas dos médicos relativamente à efectividade e ao grau de sucesso do aconselhamento dos pacientes no domínio da cessação tabágica?
4. Que tipo de práticas auto-referidas de aconselhamento são adoptadas em matéria de cessação tabágica, em termos de iniciativa do aconselhamento, registo dos hábitos tabágicos na ficha clínica, intervenção breve – “5 ÁS”, intervenção breve – “5 Rs” – e entrevista motivacional, em função dos estádios de mudança de comportamentos relacionados com a saúde?
5. Quais os principais factores associados à iniciativa de aconselhar e às diferentes práticas de aconselhamento?
6. Quais as barreiras ao aconselhamento e os quais os factores que poderão incentivar o trabalho nesta área?

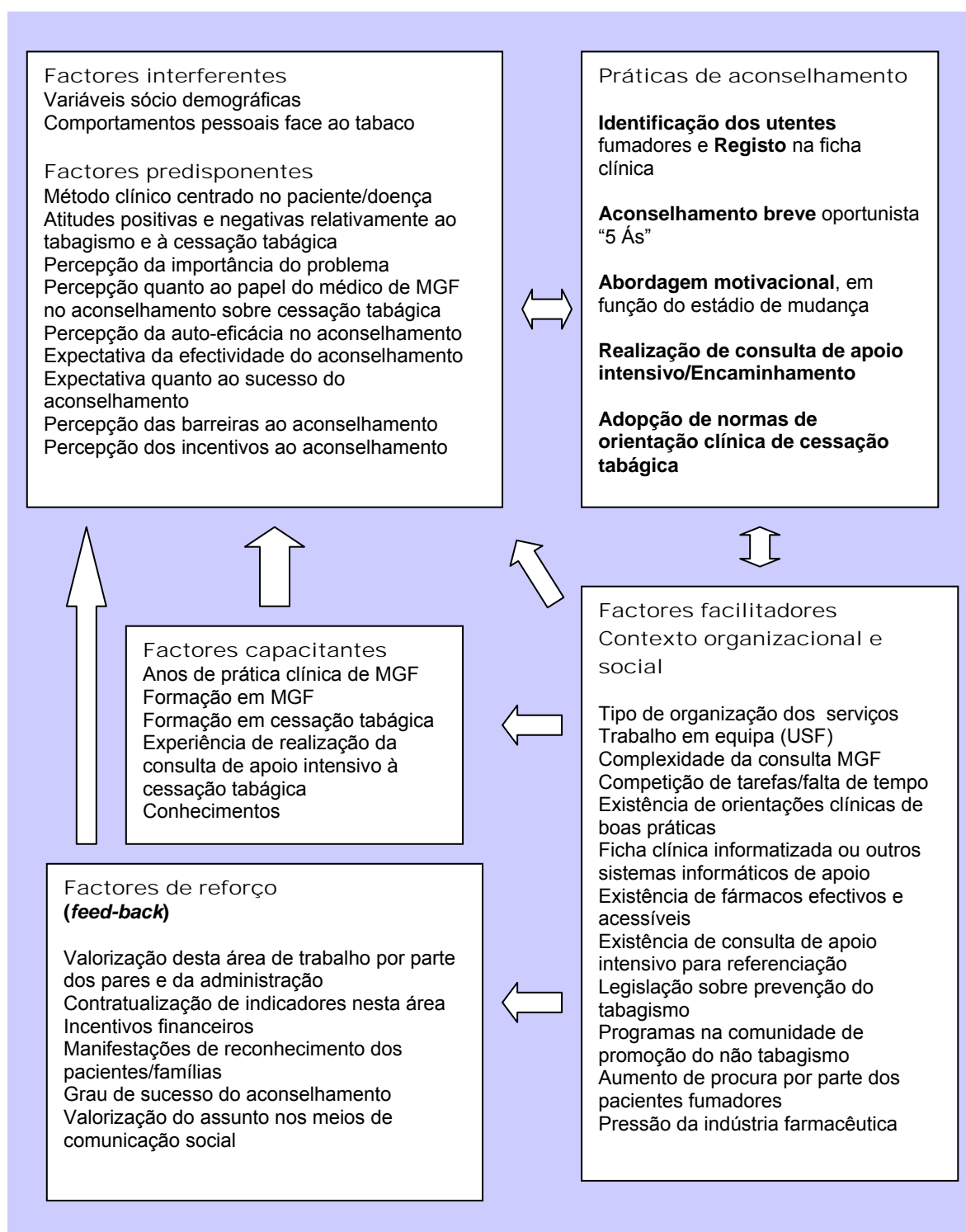


Figura 8. Modelo descritivo das variáveis que interferem nas práticas de aconselhamento médico para a cessação tabágica

(Adaptado de Green, L. W., Kreuter, M. W. – Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 1991 e Tremblay, M. *et al.* – The physicians taking action against smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *Canadian Medical Association Journal*. 165:5 (2001) 601-607.

## Hipóteses de investigação

Hipótese 1. O consumo de tabaco referido pelos médicos está associado às atitudes, percepções e expectativas, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento no domínio da cessação tabágica.

Hipótese 2. A adopção do método clínico centrado no paciente está associada positivamente à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento sobre cessação tabágica.

Hipótese 3. As atitudes relativamente à cessação tabágica estão associadas à percepção de auto-eficácia, à expectativa de efectividade do aconselhamento, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.

Hipótese 4. A atribuição de importância à cessação tabágica apresenta uma associação positiva com a iniciativa de aconselhar e as práticas auto-referidas de aconselhamento.

Hipótese 5. Considerar que o aconselhamento dos pacientes para a cessação tabágica é uma responsabilidade do médico de MGF está positivamente associado à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento neste domínio.

Hipótese 6. A percepção de auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica está positivamente associada à expectativa de efectividade e de sucesso, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.

Hipótese 7. Não identificar barreiras ao aconselhamento está positivamente associado à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento sobre cessação tabágica.

Hipótese 8. A probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica é influenciada pelo método clínico, pelo papel atribuído ao médico de MGF, pelas atitudes, pela expectativa de efectividade e pela não identificação de barreiras ao aconselhamento.



Hipótese 9. A probabilidade de realização frequente de uma intervenção breve sobre cessação tabágica (“5 Ás”) com fumadores que pretendem parar de fumar aumenta em função da percepção de auto-eficácia, da expectativa de efectividade e da não identificação de barreiras ao aconselhamento.

Hipótese 10. A probabilidade de realização frequente de uma intervenção motivacional breve com pacientes fumadores não motivados aumenta em função da percepção de auto-eficácia, da expectativa de efectividade e da não identificação de barreiras ao aconselhamento.

Hipótese 11. A probabilidade de realizar uma intervenção motivacional com fumadores ambivalentes aumenta em função da percepção de auto-eficácia, da expectativa de efectividade e da não identificação de barreiras ao aconselhamento.

Hipótese 12. Realizar consulta de apoio intensivo está positivamente associado à percepção de auto-eficácia, à percepção de efectividade do aconselhamento, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.

Hipótese 13. Adoptar normas de orientação clínica em cessação tabágica está associado às atitudes, à percepção de auto-eficácia, à percepção de efectividade, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.

Hipótese 14. Possuir formação em MGF e em cessação tabágica está associado às atitudes, à percepção de auto-eficácia, à expectativa de efectividade do aconselhamento, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.



## 2. MATERIAL E MÉTODOS

---



## 2.1. Delineamento do estudo

O presente trabalho assumiu a forma de um estudo de tipo observacional transversal, descritivo, com uma componente analítica bivariada e multivariada.

### 2.1.1. População de estudo

A população-alvo foi constituída pelo universo dos médicos de medicina geral e familiar portugueses. A população-alvo identificável foi constituída pelos médicos de medicina geral e familiar, inscritos na Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), num total de 3043 (dados reportados a Março de 2010).

Quadro 10. Distribuição, por sexo e por grupo etário, dos médicos associados da APMCG, com dados registados (n = 2575)\*

Grupo etário		Sexo		Total
		Masc	Fem	
≤35	n	244	814	1058
	% Idade	23,1	76,9	100,0
	% Total	30,1	46,2	41,1
36-45	n	151	435	586
	% Idade	25,8	74,2	100,0
	% Total	18,6	24,7	22,8
46-55	n	222	346	568
	% Idade	39,1	60,9	100,0
	% Total	27,3	19,6	22,0
>55	n	195	168	363
	% Idade	53,7	46,3	100,0
	% Total	24,0	9,5	14,1
Total	n	812	1763	2575
	% Idade	31,5	68,5	100,0

Fonte: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG).

\* Só inclui os médicos inscritos com a idade registada no ficheiro da APMCG.

A fim de avaliar a representatividade da amostra de respondentes, foi obtida a caracterização por sexo e por grupo etário dos associados da APMCG. Por insuficiência de informação registada, verificou-se não ser possível obter esta informação para o total de médicos associados, mas apenas para um total de 2575 (84,6%), cuja distribuição se apresenta no Quadro 10.

A população de estudo foi constituída pelo total de médicos de medicina geral e familiar (MGF) inscritos na Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), a realizar actividade clínica no período de recolha de informação e residentes em Portugal.

#### 2.1.2. Método de recolha de informação

A recolha de informação foi efectuada através da aplicação de um questionário de auto-preenchimento, de resposta anónima, endereçado através de correio normal a todos os médicos de família inscritos na APMCG, residentes no Continente e nas Ilhas. Foram excluídos deste envio os médicos com residência fora do País ou sem exercício de funções clínicas.

O questionário foi acompanhado de uma carta de apresentação, com o timbre da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), subscrita pela autora, pelo Director da ENSP e pelo Presidente da APMCG, conforme anexos 1 e 2.

A carta de apresentação foi efectuada em duas versões. Na versão que acompanhou os questionários enviados pela segunda vez, era solicitada a não duplicação da resposta, no caso de o médico já ter respondido.

Após autorização da realização do estudo por parte da Direcção da APMCG foi possível aceder aos endereços, sob a forma de etiquetas, de todos os médicos inscritos. Os questionários foram enviados em papel para os endereços disponibilizados, na sua generalidade para a residência, excepcionalmente para endereços profissionais, em duas voltas de envio, por correio normal, com um intervalo de quatro semanas, acompanhados por um envelope de resposta sem franquia (RSF), endereçado à ENSP. Para este efeito foi previamente obtida a autorização especial dos CTT.

### 2.1.3. Instrumento de recolha de informação

Para recolha de informação foi utilizado um questionário de resposta anónima, de auto-preenchimento, composto por trinta perguntas, das quais 21 de tipo fechado ou semi-fechado, sete desdobradas em vários itens de resposta de tipo Likert, em função de várias escalas de avaliação, e duas sob a forma de escalas de tipo visual analógico, de zero a dez, conforme anexos.

Para além da caracterização demográfica, profissional e respeitante ao consumo de tabaco por parte dos inquiridos, o questionário pretendeu recolher dados sobre: formação e necessidades de formação no domínio da abordagem clínica da cessação tabágica; percepções, atitudes e expectativas relativamente ao papel do médico no aconselhamento; importância atribuída ao tabagismo enquanto problema de saúde; método clínico adoptado na consulta, centrado no paciente ou na doença, e práticas referidas de aconselhamento no domínio da cessação tabágica.

Foi, ainda, recolhida informação sobre as barreiras ao aconselhamento e sobre os factores considerados facilitadores de melhores práticas neste domínio, tendo por base os resultados da revisão de literatura (Coleman e Wilson, 1996; Cornuz *et al.*, 2000; Smith *et al.*, 2009; Stead *et al.*, 2009).

A fim de procurar assegurar a validade de conteúdo do questionário foi obtido o parecer de cinco reconhecidos peritos, especialistas em MGF, com experiência no domínio da cessação tabágica e da comunicação médico-paciente e, ainda, de um psicólogo com reconhecida experiência na área da metodologia de investigação, em particular nas áreas da mudança comportamental e da entrevista motivacional.

No sentido de procurar garantir a validade interna do questionário, no que se refere à adequação técnica das opções tomadas, em termos de conceitos, critérios e classificações adoptados, foi efectuada uma extensa revisão de literatura.

Foram seguidas como referência (*gold standard*) para a intervenção clínica nesta área: as orientações para a intervenção clínica na cessação tabágica publicadas, sob a forma de Circular Normativa para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pela Direcção-Geral da Saúde (Portugal. MS. DGS, 2007); a Norma de orientação clínica para a cessação tabágica, elaborada pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (Reis *et al.*, 2008); a norma de orientação clínica adoptada pelo US Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 2008).

## 2.2. Definição e operacionalização de variáveis

Foram recolhidas variáveis auto-reportadas sobre caracterização demográfica e profissional, consumo de tabaco, formação e necessidades de formação, expectativas, atitudes, percepções e práticas de aconselhamento, relativamente à cessação tabágica, tendo como referência os estádios de mudança comportamental neste domínio.

A partir das variáveis primariamente resultantes da informação recolhida com o questionário utilizado, foram criadas novas variáveis, agregadas ou compostas, para efeitos de análise estatística, conforme a seguir se descreve.

Consideraram-se como variáveis independentes, as variáveis de caracterização demográfica, de prática profissional, do método clínico e referentes ao consumo de tabaco.

As variáveis relativas à formação, às atitudes, percepções e expectativas, face à cessação tabágica, embora dependam das variáveis demográficas, do tipo de prática profissional e do consumo de tabaco, assumiram características de variáveis independentes para os resultados obtidos a nível das práticas de aconselhamento reportadas pelos médicos.

### 2.2.1. Caracterização demográfica, profissional e referente ao consumo de tabaco

Apresentam-se no Quadro 11. a descrição e a operacionalização das variáveis de caracterização demográfica, do consumo de tabaco e da prática profissional.

Para efeitos de avaliação da representatividade da amostra de respondentes relativamente à população de inscritos na APMCG, foi criada uma nova variável grupo etário, a partir da variável idade, com categorias semelhantes às adoptadas por esta Associação na caracterização dos seus associados. Esta variável foi apenas usada para este fim. No restante trabalho foram utilizados os grupos etários habitualmente utilizados nas estatísticas oficiais.



Quadro 11. Caracterização demográfica, da prática profissional e referente ao consumo de tabaco

Áreas	Nome / Tipo de Variável		Perguntas Questio- nário	Categorias da variável
Caracte- rização demográfica	Sexo	Nominal	P.2	Masc; Fem.
	Idade	Quantitativa contínua	P.4	Número (anos)
	Grupo etário	Ordinal	A partir da P.4	25-34; 35-44; 45-54; ≥ 55 anos
				≤35; 36-45; 46-55; > 55 anos *  *Só usada para comparação com os inscritos no ficheiro da APMCG
Prática profissio- nal	Local de exercício	Nominal	P.1	USF, UCSP; Outro SNS; Privada
	Anos de prática de MGF	Quantitativa contínua	P.2	Número (anos)
	Grupos de anos de prática de MGF	Ordinal	A partir da P.2	0 - 9 anos 10-19 anos 20-29 anos ≥ 30 anos
	Estimativa de fumadores na lista de utentes	Nominal ou ordinal sem a opção "Não sabe"	P.9	< 15% 15 a 24% >24 a 30% > 30% Não sabe
Consumo de tabaco auto- reportado	Consumo de tabaco	Nominal	P.23	Fumadores; nunca fumadores; ex-fumadores
	Quantidade Consumida	Ordinal	P.24	n.º cigarros; n.º cigarilhas; n.º charutos; outro tipo de tabaco
	Fuma na 1.ª meia hora após acordar	Nominal binária	P.25	Sim, não
	Tentativas para parar	Nominal binária	P.26	Sim, não
	Intenção de parar	Nominal	P.27	Não; pré-contemplação; contemplação, preparação para a acção

### 2.2.2. Formação em MGF e cessação tabágica

Apresenta-se no Quadro 12. a descrição das variáveis de caracterização da formação em MGF (realização do Internato da especialidade) e em cessação tabágica.

Quadro 12. Formação em Medicina Geral e Familiar e em Cessação Tabágica

Áreas	Variável	Tipo	Pergunta Questionário/ Escala	Descrição/ Categorias da variável
Formação em MGF	Internato da Especialidade de MGF	Nominal	P.3	Sim; Não
Formação em Cessação Tabágica	Formação teórica	Ordinal	P.28	Não Sim $\leq 7$ h. Sim $>7$ e $\leq 35$ h. Sim $> 35$ h
	Formação prática	Ordinal	P.29	Não Estágio $\leq 35$ h. Estágio $>35$ h.
	Formação prática (binária)	Binária	P.29	Sim; Não
Necessidades de Formação	Cessação tabágica e método clínico centrado no paciente	Nominal	P.30	Intervenção breve Apoio intensivo Entrevista motivacional Terapêutica farmacológica Lidar com a recaída Método clínico centrado no paciente Estágio prático Não necessita de formação Outras áreas. Especifique:

### 2.2.3. Método clínico centrado no paciente

O método clínico centrado no paciente foi operacionalizado através do *score* de resposta à escala *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)*, que mais adiante se descreve. Esta escala apresenta-se desdobrada em duas subescalas: *Caring* e *Sharing*, compostas por nove itens, conforme Quadro 13.

Embora se trate de uma variável ordinal, em algumas análises assumiu as características de variável contínua, exclusivamente para efeitos comparativos com trabalhos publicados que recorreram a testes paramétricos para análise dos resultados de resposta a esta escala. A fim de possibilitar estabelecer associações com variáveis nominais ou ordinais, foi criada uma nova variável ordinal, tendo por base os tercís dos scores obtidos na resposta a esta escala (pouco centrados, moderadamente centrados ou muito centrados nos pacientes).

Quadro 13. Adopção do método clínico centrado no paciente

Áreas	Variável	Tipo	Pergunta Questionário/ Escala	Descrição/ Categorias da variável
Método clínico centrado no paciente	Método clínico centrado no paciente	Ordinal	P.22.1 à P.22.18	Tipo Likert 1 a 6 Tercis dos scores: - Muito centrados no paciente - Moderadamente centrados - Pouco centrados
	Vertente <i>Sharing</i>	Ordinal	P22.1, P22.4, P22.5, P22.8, P22.9, P22.10, P22.12, P22.15 e P22.18	Tipo Likert 1 a 6 Tercis dos scores: - Muito centrados no paciente - Moderadamente centrados - Pouco centrados
	Vertente <i>Caring</i>	Ordinal	P 22.2, P22.3, P22.6, P22.7, P22.11, P22.13, P22.14, P22.16 e P22.17	Tipo Likert 1 a 6 Tercis dos scores: - Muito centrados no paciente - Moderadamente centrados - Pouco centrados

#### 2.2.4. Avaliação das atitudes, percepções e expectativas face à cessação tabágica

Para avaliação das atitudes, percepções e expectativas dos médicos, foram usadas as seguintes variáveis: importância atribuída à cessação tabágica; papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica; atitudes positivas; atitudes negativas; auto-eficácia; expectativa sobre a efectividade do aconselhamento e estimativa do sucesso do aconselhamento. A sua descrição apresenta-se no Quadro 14.

Quadro 14. Variáveis de caracterização das atitudes, expectativas e percepções face à cessação tabágica

Áreas	Variável	Tipo	Pergunta do Questionário/ Escala	Descrição/ Categorias da variável
Atitudes, percepções e expectativas face à cessação tabágica	Importância atribuída à cessação tabágica	Ordinal	P.16.6.; P.16.7 e P.16.8	Discordo totalmente a Concordo totalmente (1 a 5) = Scores
		Binária	P.16.6.; P.16.7 e P.16.8	Importância elevada (Pontuação 5 às três afirmações) = 1 Restantes respostas = 0
	Papel atribuído ao médico MGF	Ordinal	P.16.1 à P.16.4	Discordo totalmente a Concordo totalmente (1 a 5) = Scores
				Papel atribuído elevado (Pontuação 5 às 4 afirmações) Restantes respostas = 0
	Atitudes positivas	Ordinal	P.16.9 à P.16.16 Escala tipo Likert (1 a 5)	Discordo totalmente a Concordo totalmente (1 a 5) = Scores
				Tercis dos scores (Nível elevado, moderado e baixo)
	Atitudes negativas	Ordinal	Escala tipo Likert P.16.23 à P.16.30.	Discordo totalmente a Concordo totalmente (1 a 5) = Scores
				Tercis dos scores (Nível elevado, moderado e baixo)
	Auto-eficácia	Ordinal	P.16.17 à P.16.22 Escala tipo Likert	Discordo totalmente a Concordo totalmente (1 a 5) = Scores
				Tercis dos scores (Nível elevado, moderado e baixo)
			P.17. Escala de tipo analógico	Escala 0 a 10 – scores
	Expectativa de efectividade	Ordinal	P.18 Escala de tipo analógico	Escala 0 a 10 – scores
				Tercis dos scores (Nível elevado, moderado e baixo)
	Expectativa de sucesso	Nominal	P.19	<5%; 5-10%; >10 a 15%; >15 a 20% ;>20 a 30%; >30 a 40%; >40%; Não sabe
		Ordinal	P.19	<5%; 5-10%; >10 a 15%; >15 a 20% ;>20 a 30%; >30 a 40%; >40%

### 2.2.5. Percepção das barreiras e dos factores facilitadores do aconselhamento

Apresentam-se no Quadro 15. as variáveis de caracterização da percepção das barreiras e dos factores facilitadores do aconselhamento para a cessação tabágica.

Quadro 15. Percepção das barreiras e dos factores facilitadores

Áreas	Variável	Tipo	Perguntas Questio-nário	Categorias da variável
Percepção das barreiras ao aconselhamento	Organizacionais	Variáveis binárias	P.20.1 P.20.2 P.20.3 P.20.11 P.20.12	Sim, Não
		Variável composta binária	<i>idem</i>	Sim a pelo menos uma pergunta = 1 Restantes respostas = 0
	Falta de formação	Variável binária	P.20.4	Sim, Não
	Processo de comunicação médico-paciente	Variáveis binárias	P.20.8 P.20.9	Sim, Não
		Variável composta binária	<i>idem</i>	Sim a pelo menos uma pergunta = 1 Restantes respostas = 0
	Dificuldade na mudança comportamental	Variáveis binárias	P.20.5 P.20.6 P.20.7 P.20.10	Sim, Não
		Variável composta binária	<i>idem</i>	Sim a pelo menos uma pergunta = 1 Restantes respostas = 0
Percepção dos factores facilitadores do aconselhamento	Melhorar factores organizacionais	Variáveis binárias	P.21.2 P.21.3 P.21.4 P.21.6 P.21.7 P.21.10	Sim, Não
	Melhorar a formação	Variáveis binárias	P.20.1	Sim, Não
	Melhorar factores no processo de mudança comportamental	Variáveis binárias	P.20.5 P.20.8 P.20.9	Sim, Não

### 2.2.6. Frequência do aconselhamento sobre estilos de vida

Foi avaliada a frequência de aconselhamento sobre alguns aspectos ligados aos estilos de vida, conforme descrito no Quadro 16.

Quadro 16. Frequência auto-referida do aconselhamento sobre estilos de vida

Áreas	Variável	Tipo	Perguntas Questio- nário	Categorias da variável
Frequência de Aconselhamento sobre factores do estilo de vida	Sal	Variável ordinal	P.8.4	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, sempre/quase sempre
	Gorduras	Variável ordinal	P.8.5	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, sempre/quase sempre
	Frutos e hortícolas	Variável ordinal	P.8.6	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, sempre/quase sempre
	Álcool	Variável ordinal	P.8.1	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, sempre/quase sempre
	Actividade física	Variável ordinal	P.8.2	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, sempre/quase sempre
	Obesidade	Variável ordinal	P.8.7	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, sempre/quase sempre
	Drogas ilícitas	Variável ordinal	P.8.3	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, sempre/quase sempre

### 2.2.7. Práticas de aconselhamento sobre cessação tabágica

Apresenta-se nos Quadros 17., 18. e 19. uma descrição das variáveis de caracterização das práticas de aconselhamento sobre cessação tabágica, auto-reportadas, tendo como referência os pacientes adultos que procuraram a consulta nos últimos três meses. As práticas de aconselhamento foram analisadas à luz dos estádios de mudança e das tarefas que deverão ser desempenhadas pelo médico em cada um desses estádios. Foram criadas variáveis compostas, para avaliação da realização do aconselhamento breve e do aconselhamento motivacional com pacientes que não querem parar de fumar, ou que se encontram ambivalentes relativamente à mudança.

Quadro 17. Práticas de aconselhamento auto-reportadas

Áreas	Variável	Tipo	Perguntas Questio- nário	Categorias da variável
Iniciativa de aconselhar	Tipo de Iniciativa de aconselhar	Variável nominal	P. 10.	Pergunta fechada – 6 opções Nunca aconselha a Aconselha por sua iniciativa, mesmo que não existam doenças ou o doente peça apoio
	Tomar a iniciativa de aconselhar	Variável binária	P.10	Sim = opção de resposta 6. Não = restantes respostas
Frequência do Aconselhamento sobre consumo de tabaco	Abordar	Variável ordinal	P.11.1	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Aconselhar	Variável ordinal	P.11.2	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Avaliar	Variável ordinal	P.11.3	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Abordar ex-fumadores recentes	Variável ordinal	P.11.4	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Registar	Variável ordinal	P.11.5	Nunca; raramente; às vezes; muitas vezes, Sempre/quase sempre
Tipo de Aconselhamento de pacientes que querem parar de fumar	Aconselhar	Variável binária	P.12.1	Sim; Não
	Avaliar dependência	Variável binária	P.12.2	Sim; Não
	Avaliar motivação	Variável binária	P.12.3	Sim; Não
	Propor dia D	Variável binária	P.12.4	Sim; Não
	Propor terapêutica	Variável binária	P.12.5	Sim; Não
	Propor plano consultas	Variável binária	P.12.6	Sim; Não
	Oferecer folheto/site	Variável binária	P.12.7	Sim; Não
	Encaminhar para a sua consulta	Variável binária	P.12.8	Sim; Não
	Encaminhar para outra consulta	Variável binária	P.12.9	Sim; Não
Aconselhamento breve “5 Ás”	Intervenção breve “5 Ás”	Variável binária  composta	P.11.1 P.12.1 P.12.3 P.12.4 P.12.5 P.12.6	Resposta 4 ou 5 à P11.1 + respostas Sim: às P.12.1 à P.12.6 = 1  Restantes respostas = 0
	Tempo da intervenção breve	Variável nominal	P.13.	< 3minutos; 3 a 10 minutos; > 10 minutos; não sabe

Quadro 18. Aconselhamento de pacientes que não querem parar de fumar

Áreas	Variável	Tipo	Perguntas Questio- nário	Categorias da variável
Frequência do Aconselha- mento de pacientes não motivados para parar de fumar	Aconselhar	Variável ordinal	P.14.1	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Avaliar	Variável ordinal	P.14.2	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Identificar riscos	Variável ordinal	P.14.3	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Identificar ganhos	Variável ordinal	P.14.4	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Identificar obstáculos	Variável ordinal	P.14.5	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Mostrar disponibilidade	Variável ordinal	P.14.6	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Terapêutica farmacológica	Variável ordinal	P.14.7	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Encaminhamento	Variável ordinal	P.14.8	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
Aconselha- mento breve Motivacional  “5 Rs”	Intervenção breve “4 Rs” Relevância Riscos Resistências Recompensas	Variável binária composta	P.14.1 P.12.1 P.12.3 P.12.4 P.12.5 P.12.6	Respostas às opções 4 ou 5 às P.14.1 à P.14.6 e resposta 1, 2 ou 3 à P.14.7. = 1 Restantes respostas = 0
	Repetição (5.ºR)	Variável ordinal	P.16.3	Discordo totalmente a Concordo totalmente (1 a 5)



Quadro 19. Aconselhamento de pacientes ambivalentes em relação à cessação tabágica

Áreas	Variável	Tipo	Perguntas Questio- nário	Categorias da variável
Frequência do Aconselha- mento de pacientes em ambivalência	Aconselhar	Variável ordinal	P.15.1	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Avaliar importância	Variável ordinal	P.15.2	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Avaliar auto-eficácia	Variável ordinal	P.15.3	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Identificar benefícios	Variável ordinal	P.15.4	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Identificar obstáculos	Variável ordinal	P.15.5	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Perguntas abertas	Variável ordinal	P.15.6	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Afirmações positivas	Variável ordinal	P.15.7	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Suscitar discrepâncias Entre querer e não querer mudar	Variável ordinal	P.15.8	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Falas de mudança	Variável ordinal	P.15.9	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Plano de mudança/seguimento	Variável ordinal	P.15.10	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Terapêutica farmacológica	Variável ordinal	P.15.11	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
	Encaminhar para outra consulta	Variável ordinal	P.15.12	Nunca; raramente; às vezes; Muitas vezes, Sempre/quase sempre
Aconselha- mento breve Motivacional	Intervenção breve Entrevista Motivacional	Variável composta binária	P.15.1 à P.15.10	Respostas nas opções 4 ou 5 às P.15.1 à P.15.10. = 1 Restantes respostas = 0

### 2.2.8. Realização de consulta de apoio intensivo

Apresenta-se no Quadro 20. a descrição da variável “realização de consulta de apoio intensivo”.

Quadro 20. Realização de consulta de apoio intensivo em relação à cessação tabágica

Áreas	Variável	Tipo	Perguntas Questio- nário	Categorias da variável
Experiência de consulta de apoio intensivo	Realização de consulta de apoio intensivo	Variável nominal	P.6	Sim; Não, nunca realizou consulta; Não, mas já realizou consulta no passado
		Variável binária	P.6	Sim Não

### 2.2.9. Adopção do Programa-tipo de actuação em cessação tabágica da DGS

Apresenta-se no Quadro 21. a descrição da adopção do Programa-tipo de actuação em cessação tabágica da DGS.

Quadro 21. Adopção do Programa-tipo de actuação em cessação tabágica

Áreas	Variável	Tipo	Perguntas Questio- nário	Categorias da variável
Adopção do Programa de Cessação Tabágica	Adopção do Programa – de cessação tabágica da DGS	Variável nominal	P.7	Sim, habitualmente; às vezes, Não; Não conhece o Programa
		Variável ordinal	P.7	Sim, habitualmente; às vezes, Não

## 2.3. Classificações, critérios e escalas de medida

### 2.3.1. Consumo de tabaco

Consideraram-se como fumadores, os respondentes que referiram consumir tabaco, ocasional ou diariamente; consideraram-se como fumadores diários, os médicos que responderam fumar, pelo menos uma vez por dia, como fumadores ocasionais, os que responderam fumar menos de uma vez por dia e como ex-fumadores, os que, tendo sido fumadores, deixaram de fumar. Consideraram-se como ex-fumadores recentes os médicos que pararam de fumar nos últimos doze meses.

### 2.3.2. Método clínico centrado no paciente

O tipo de abordagem adoptado pelos médicos na comunicação com os pacientes foi avaliado através de uma escala *Patient Practitioner Orientation Scale* (PPOS), desenvolvida por Edward Krupat e colaboradores (Krupat, 2000), conforme anexos.

Esta escala pretende avaliar o posicionamento dos médicos no processo de comunicação na consulta, variável entre dois extremos – predominantemente centrado no médico (abordagem biomédica) ou predominantemente centrado no paciente, à luz dos princípios do Método clínico centrado no paciente, propostos por Moira Stewart e colaboradores (Stewart, 1995; 2003).

A consistência interna da escala, avaliada através do valor do índice  $\alpha$  de Cronbach nos vários estudos já realizados, pelo autor e colaboradores, em populações de médicos, de pacientes e de estudantes de medicina tem variado, entre 0,75 a 0,88 (Street *et al.*, 2003, Krupat, 2000).

Na sua versão original, esta escala apresenta-se escrita em inglês (EUA). Foi já utilizada em traduções portuguesas por Maria Mónica Ribeiro (Ribeiro, 2007), no Brasil, e por Melissa French (French, 2008), em Portugal. A utilização no Brasil foi feita em estudantes de medicina; no contexto de uma tese de Doutoramento, em Portugal, em estudantes de fisioterapia, numa dissertação de Mestrado.

Ribeiro (2007) procedeu à tradução da escala para português (usado no Brasil), não tendo esta escala sido sujeita a um processo de validação, segundo a autora, por

limitações de custos e tempo. Neste trabalho, a escala revelou uma consistência interna aceitável ( $\alpha = 0,60$ ), embora inferior à obtida pelos autores da escala em diferentes estudos.

French (2008) procurou validar a escala para a língua portuguesa. O facto de essa validação ter sido realizada em estudantes de fisioterapia, cuja cultura profissional difere da cultura médica, para a qual a escala foi originalmente construída, limitou a utilidade das conclusões obtidas para a presente investigação.

Assim, embora se deva concluir que a escala não foi ainda devidamente validada para a língua e cultura portuguesas, para a sua utilização em médicos, o facto de se tratar de uma escala pouco complexa e relativamente simples de adaptar à língua portuguesa, o facto de a sua aplicação ser de auto-preenchimento e, ainda, o facto de não existirem escalas validadas para a língua portuguesa fundamentaram a decisão de a utilizar na presente investigação.

Nesse sentido, e dado que a escala se encontra sujeita a direitos de autor, foi contactado o principal autor – Edward Krupat (Harvard Medical School) – que concedeu autorização para a sua utilização, conforme documento em anexo.

Foram também contactadas as autoras acima referidas, que por sua vez, disponibilizaram as versões traduzidas da escala por si utilizadas nos respectivos estudos de investigação.

No presente trabalho, optou-se por proceder primeiramente à tradução da escala para português. Posteriormente essa tradução foi confrontada com as versões da escala já existentes em português. A tradução da maioria das afirmações foi semelhante. No entanto, a tradução de algumas frases diferiu das duas versões anteriores, por um lado porque a versão de Maria Mónica Ribeiro apresentava expressões comuns no Brasil, mas pouco usadas em Portugal, por outro, porque a versão utilizada por French (2008) se destinou a ser usada no contexto de trabalho dos fisioterapeutas.

Depois desse processo de tradução e confronto com as versões já existentes em português, a escala foi revista por uma especialista portuguesa fluente na língua inglesa, que validou a tradução final. Seguidamente, a escala foi sujeita a pré-teste, conjuntamente com o restante questionário. Algumas afirmações foram melhoradas, não tendo sido identificadas quaisquer dificuldades de aplicação.

### 2.3.3. Descrição da escala *Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)*

A *Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)* é composta por dezoito afirmações de tipo Likert, com seis opções de resposta, de (1) “concordo totalmente” a (6) “discordo totalmente”. As afirmações nove, treze e dezassete apresentam uma pontuação invertida, devendo ser codificadas de modo inverso.

Na análise das respostas foi usada uma pontuação total (*score*), resultante da média aritmética dos pontos obtidos nas respostas a cada um dos dezoito itens. As pontuações médias, ou *scores*, mais elevados traduzem um posicionamento mais centrado no paciente, enquanto que as pontuações mais baixas traduzem um posicionamento mais centrado no médico ou na doença.

Esta escala foi decomposta em duas subescalas *Sharing* e *Caring*, cada uma com nove afirmações.

A subescala *Sharing* pretende avaliar as atitudes dos inquiridos relativamente à partilha de informação e poder na relação entre o médico e o paciente.

A subescala *Caring* procura avaliar em que medida os médicos valorizam um relacionamento de empatia com os seus pacientes, no que se refere ao seu contexto de vida e às suas necessidades, expectativas e sentimentos (Lown *et al.*, 2007; Krupat *et al.*, 2000; Stewart *et al.*, 1995; 2003; Ribeiro, 2008; French, 2008).

Conforme instruções do autor da escala, quanto maior a pontuação média obtida nas respostas às nove afirmações de cada subescala, maior a orientação para o paciente (Krupat *et al.*, 2000).

A fim de permitir estabelecer o cruzamento desta variável com variáveis nominais ou ordinais foram calculados os tercis de distribuição dos *scores* das respostas à escala *PPOS* e às subescalas *sharing* e *caring*. Os tercis mais elevados, quer na escala global, quer em cada uma das subescalas, correspondem a uma orientação para o paciente mais elevada (Krupat *et al.*, 2000; 2004; Street *et al.*, 2003).

### 2.3.4. Importância atribuída à cessação tabágica

A importância atribuída ao tabagismo e à cessação tabágica foi avaliada através de três perguntas, elaboradas a partir da literatura consultada, com cinco opções de resposta de tipo Likert (P16.6. à P16.8. do questionário). A partir das respostas obtidas, foi calculada uma nova variável binária – “atribuição de um grau de

importância elevado ao tabagismo” – resultante das respostas com a pontuação máxima (5), codificadas com o código 1.

#### 2.3.5. Percepção quanto ao papel do médico de MGF no aconselhamento dos pacientes para a cessação tabágica

Para avaliar em que medida os médicos consideram que o aconselhamento para a cessação tabágica faz parte das suas atribuições, foi usada uma escala composta por cinco perguntas de tipo Likert, adaptadas da bibliografia consultada, com cinco opções de resposta (perguntas P16.1 à P16.5). As perguntas P16.2 e P16.5 foram classificadas de modo inverso (O'Loughlin *et al*, 2001; McEwen e West, 2001).

Foram calculados os *scores* de resposta a esta escala, tendo por base a média aritmética das pontuações obtidas nas respostas às cinco afirmações da escala.

Tendo-se verificado, após a análise dos dados, que as respostas à pergunta P16.5, referente à decisão de encaminhamento dos pacientes que pedem apoio para parar de fumar, faziam baixar de modo significativo o  $\alpha$  de Cronbach da escala global, esta afirmação foi retirada da escala e analisada separadamente.

A fim de possibilitar a comprovação de algumas hipóteses, foi criada uma nova variável a partir das respostas às quatro afirmações incluídas na escala, tendo por base a atribuição da pontuação máxima a estas afirmações.

#### 2.3.6. Escala de atitudes positivas face ao tabagismo

Para avaliação das atitudes positivas relativamente ao aconselhamento dos fumadores, foi construída uma escala composta por oito afirmações (P.16.9. à P.16.16.), com cinco opções de resposta tipo Likert, adaptada da bibliografia consultada, tendo como principais referências as escalas utilizadas por Park *et al* (2001; 2003) e An *et al* (2004).

Foram calculados os *scores* de resposta, a partir do valor médio do somatório das pontuações obtidas na resposta às seis afirmações da escala.

A fim de permitir estabelecer o cruzamento desta variável com variáveis nominais ou ordinais, foi calculada uma nova variável ordinal, em função dos tercis dos *scores* das respostas a esta escala. O terço correspondente aos *scores* mais elevados traduz um posicionamento, por parte dos respondentes, de maior valorização do

tabagismo, enquanto problema de saúde crónico, e da cessação tabágica, na melhoria da saúde dos pacientes.

#### 2.3.7. Escala de atitudes negativas face ao tabagismo

Para avaliação das atitudes negativas relativamente ao tabagismo e ao aconselhamento dos pacientes fumadores foi construída uma escala de oito itens (P16.23 à P16.30), com cinco opções de resposta tipo Likert, tendo como referência a escala utilizada por Vogt, Hall e Marteau (2005).

A fim de permitir estabelecer o cruzamento desta variável com variáveis nominais ou ordinais, foi calculada uma nova variável ordinal, tendo por base os tercis da distribuição dos *scores* das respostas às oito afirmações desta escala. O terço correspondente aos *scores* mais baixos (menor nível de atitudes negativas) traduz um posicionamento, por parte dos respondentes, mais favorável ao aconselhamento dos pacientes fumadores.

#### 2.3.8. Escala de avaliação da auto-eficácia no apoio à cessação tabágica

A percepção da auto-eficácia no aconselhamento dos pacientes fumadores para a cessação tabágica foi avaliada com recurso a uma escala de tipo Likert, com seis afirmações, cada uma com cinco opções de resposta, adaptada de escalas já utilizadas por outros autores (Tremblay *et al.*, 2001; Williams *et al.*, 2003), conforme perguntas P16.17 à P16.22 do questionário.

A fim de permitir estabelecer o cruzamento desta variável com variáveis nominais ou ordinais, foi calculada uma nova variável ordinal, em função dos tercis dos *scores* das respostas a esta escala. O terço correspondente aos *scores* mais elevados traduziu uma percepção de eficácia pessoal no aconselhamento dos pacientes para a cessação tabágica mais elevada.

Foi, igualmente, utilizada uma escala de tipo analógico visual de zero a dez, método já utilizado por outros autores (Vickers *et al.*, 2007). A utilização desta escala permitiu avaliar o grau de consistência na resposta à escala de auto-eficácia de tipo Likert. Foram calculados, como pontos de corte, os tercis da distribuição dos *scores* de resposta a esta escala. Tendo por base estes pontos de corte foi criada uma nova variável ordinal, com três grupos: valores iguais ou inferiores a 5,3 corresponderam a

uma auto-eficácia baixa, valores superiores a 5,3 e inferiores ou iguais a 7,0, a uma auto-eficácia moderada, e valores superiores a 7,0, a uma auto-eficácia elevada.

#### 2.3.9. Escala para avaliação da expectativa quanto à efectividade do aconselhamento

A expectativa quanto à efectividade do aconselhamento dos pacientes fumadores para a cessação tabágica foi avaliada com recurso a uma escala de tipo analógico visual de zero a dez (Zapka *et al.*, 1999; McIlvain *et al.*, 2002).

Calculados os tercis da distribuição dos scores de resposta a esta escala, considerou-se uma expectativa de efectividade baixa, valores inferiores ou iguais a 4,0, moderada, valores superiores a 4,0 e inferiores ou iguais a 6,0, e elevada, valores superiores a 6,0.

#### 2.3.10. Percepção das barreiras ao aconselhamento

Esta variável foi avaliada através de uma pergunta semi-fechada, com treze opções de resposta, baseadas na bibliografia consultada. As diferentes perguntas relativas à percepção das barreiras ao aconselhamento foram agrupadas, para efeitos de análise, em três novas variáveis binárias:

- Barreiras organizacionais, relacionadas com o contexto de trabalho – esta nova variável foi calculada com base nas respostas às opções “falta de tempo”, “falta de equipa de apoio”, “falta de orientações técnicas claras”, “ausência de indicadores de avaliação desta actividade” ou “falta de incentivos financeiros”. A resposta positiva a pelo menos uma destas opções foi classificada com o código 1, as restantes respostas com o código 0.
- Barreiras relacionadas com o processo de mudança comportamental - esta nova variável foi calculada com base nas respostas às opções “elevada taxa de insucesso do aconselhamento”, “elevada taxa de recaídas”, “falta de interesse por parte dos pacientes para discutirem o assunto” e “não estar totalmente convencido quanto à utilidade do aconselhamento”. A resposta positiva a pelo menos uma destas opções foi classificada com o código 1, as restantes respostas com o código 0.



- Barreiras relacionadas com o processo de comunicação na consulta e com a relação médico-paciente – esta nova variável foi calculada com base nas respostas às opções “não querer interferir em assuntos da esfera privada do paciente” e “receio de perturbar a relação médico-paciente”. A resposta positiva a pelo menos uma destas opções foi classificada com o código 1, as restantes respostas com o código 0.
- Barreiras relacionadas com a falta de formação específica em cessação tabágica - variável obtida pela resposta à pergunta binária P.20.4.

#### 2.3.11. Factores facilitadores do aconselhamento

Esta variável foi avaliada através de uma pergunta semi-fechada, com dez opções de resposta fechada, baseadas na bibliografia consultada, e uma pergunta aberta “outro motivo.” As diferentes opções de resposta referentes aos factores facilitadores do aconselhamento foram agrupadas, para efeitos de análise, em três novas variáveis binárias:

- Factores facilitadores relacionadas com o contexto de trabalho – variável composta a partir das respostas às perguntas “remuneração específica desta actividade”, “maior valorização desta área por parte dos colegas e da administração”, “dispor de ficha clínica informatizada”, “dispor de outros elementos de apoio” e “existência de indicadores de avaliação”. A resposta positiva a pelo menos uma destas opções foi classificada com o código 1, as restantes respostas com o código 0.
- Factores facilitadores relacionados com a melhoria da formação em cessação tabágica, variável composta a partir das opções de resposta “melhorar a formação teórica” ou “realizar um estágio prático de formação”. A resposta positiva a pelo menos uma destas opções foi classificada com o código 1, as restantes respostas com o código 0.
- Factores facilitadores relacionadas com o processo de mudança comportamental - variável composta obtida a partir das respostas às opções “mais interesse para discutir o assunto por parte dos pacientes”, “o sucesso do aconselhamento ser maior” e “o sucesso da terapêutica farmacológica ser maior”. A resposta positiva a pelo menos uma destas perguntas foi classificada

com o código 1; não responder positivamente a nenhuma destas perguntas, com o código 0.

#### 2.3.12. Práticas de aconselhamento

Para definição das práticas de aconselhamento auto-reportadas foram seguidas as orientações para a intervenção nesta área, propostas pela DGS, no seu Programa de actuação em cessação tabágica (Portugal. MS. DGS, 2007), pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (Reis *et al.*, 2008), pelo US Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 2008) e pela OMS (WHO, 2004). Estes documentos coincidem nas propostas de intervenção clínica nesta área, propostas estas igualmente adoptadas, nas suas linhas gerais, a nível dos países da União Europeia e de muitos outros países (Stead *et al.*, 2009).

Assim, procurou-se conhecer as práticas referidas pelos médicos relativamente à iniciativa de aconselhar e ao aconselhamento para a cessação tabágica dos pacientes, em função dos estádios de mudança propostos por Prochaska e DiClemente (1983).

##### 2.3.12.1. Iniciativa no aconselhamento

A iniciativa no aconselhamento foi avaliada por uma pergunta fechada com seis opções de resposta (pergunta P.10. do questionário). A partir desta variável e para efeitos de análise, foi criada uma variável binária – toma a iniciativa de aconselhar, independente de o paciente pedir apoio ou apresentar patologia associada ao tabaco, codificada com o código 1; as restantes opções de resposta, com o código 0.

##### 2.3.12.2. Frequência e tipo de aconselhamento relativamente ao consumo de tabaco

As práticas de aconselhamento referidas pelos respondentes foram avaliadas a partir das respostas às perguntas P.11., P.12., P.13., P.14. e P.15. do questionário.

Foi analisada a frequência da realização da intervenção de aconselhamento com pacientes fumadores em preparação para parar de fumar e a intervenção motivacional, desagregada em duas vertentes – com fumadores que não querem parar (em pré-contemplação) e fumadores em estado de ambivalência relativamente ao parar de fumar.

### **2.3.12.3. Frequência da intervenção relativamente ao consumo de tabaco**

Foi avaliada a frequência de realização das tarefas preconizadas para a abordagem de pacientes adultos (fumadores e não fumadores) observados na consulta, nos últimos três meses, relativamente ao consumo de tabaco: “abordar”, “aconselhar”, “avaliar a motivação para parar de fumar”, “abordar os ex-fumadores recentes”, “registar o consumo de tabaco na ficha clínica”. Foram usadas perguntas de tipo Likert, com cinco opções de resposta, de “nunca” a “sempre ou quase sempre”, conforme Pergunta 11.5.

### **2.3.12.4. Actuação mais frequente com pacientes fumadores em preparação para parar de fumar**

A actuação mais frequente relativamente ao aconselhamento dos pacientes fumadores em preparação para parar foi avaliada em função do modelo dos “5 Ás”, através da resposta a nove perguntas de resposta binária e uma pergunta aberta, conforme perguntas 12.1 a 12.10 do questionário. Foi avaliada a realização das seguintes actividades – “aconselhar”; “avaliar o grau de dependência”; “avaliar a motivação para parar”; “propor o dia D”; “propor terapêutica farmacológica”; “propor um plano de seguimento”; “oferecer um folheto ou sites informativos”; “encaminhar para a sua consulta”; “encaminhar para outra consulta de apoio intensivo à cessação tabágica”.

### **2.3.12.5. Realização da intervenção breve para a cessação tabágica**

O tipo de intervenção de apoio à cessação tabágica dos pacientes fumadores em preparação para parar, foi avaliado em função do modelo dos “5 Ás”, através de uma variável binária composta, a partir das respostas às perguntas P. 11.1 (abordar), P.12.1 “aconselhar”, P.12.3. e P. 12.4. (avaliar), P.12.5. (apoiar) e P.12.6. (acompanhar).

Considerou-se como realização de intervenção breve as respostas às opções 4 (“muitas vezes”) ou 5 (“sempre ou quase sempre”) à pergunta 11.1. (Abordar os pacientes) e respostas positivas às perguntas 12.1. à 12.6.

#### **2.3.12.6. Aconselhamento dos pacientes fumadores em pré-contemplação**

A frequência do aconselhamento relativamente aos pacientes fumadores que declaram não querer parar de fumar (em pré-contemplação), em função dos princípios da intervenção motivacional breve (“5Rs”), foi avaliada através de perguntas de tipo ordinal com cinco opções de resposta, de “nunca” a “sempre ou quase sempre”, em função dos princípios da intervenção motivacional breve: “relevância”, “riscos”, “recompensas”, “resistências”, “aconselhar”, “apoiar”, “propor fármacos” e “encaminhar”. Foi calculada uma nova variável composta, binária, tendo por base as respostas “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre” às perguntas 14.1. à 14.6. e resposta “nunca”, “raramente” ou “às vezes” à pergunta 14.7., referente à prescrição de fármacos, desaconselhados neste estágio de mudança.

A repetição destas tarefas em todas, ou quase todas as consultas (5.º “R”) foi avaliada indirectamente pelas respostas às afirmações P.16.3. e P.16.4. do questionário: “devem aproveitar-se todas as oportunidades de contacto com os pacientes fumadores para os aconselhar a parar de fumar”; “a gravidez, o nascimento de um filho ou de um neto são momentos significativos que devem ser sempre aproveitados para aconselhar os pacientes fumadores a parar de fumar”, dado ser pouco provável que, no período de três meses, considerado na pergunta P.14., existisse a possibilidade de voltar a ver na consulta os mesmos pacientes fumadores.

#### **2.3.12.7. Intervenção com pacientes fumadores ambivalentes**

Foram tidos em conta os princípios da entrevista motivacional, propostos por Miller e Rollnick (1991). na avaliação das intervenções com pacientes que se sentem ambivalentes em relação ao parar de fumar. De acordo com os princípios da entrevista motivacional deverão ser realizadas as seguintes tarefas: “abordar”, “avaliar a motivação”, “avaliar a auto-eficácia para parar”, “avaliar a percepção dos benefícios”, “avaliar a percepção dos obstáculos”, “usar perguntas abertas”, “fazer reforços positivos”, “fazer emergir as discrepâncias entre querer parar e continuar a fumar”, “estimular as falas de mudança” e “propor um plano de mudança”.

A frequência do aconselhamento dos pacientes fumadores em contemplação, foi avaliada através de perguntas de tipo Likert, com cinco opções de resposta, de 1 “nunca” a 5 “sempre ou quase sempre”. A partir das respostas às perguntas P15.1. à

P.15.10. foi criada uma nova variável binária composta: respostas (4) “muitas vezes” ou (5) “sempre ou quase sempre” a todas as perguntas (P15.1. à P.15.10.) classificadas com o código 1; as restantes respostas com o código 0.

Na construção desta variável composta, não se incluíram as perguntas referentes ao uso de fármacos e ao encaminhamento para consulta de apoio intensivo, por poderem estar ou não indicados, em função das características específicas de cada paciente.

#### **2.3.12.8. Adopção da Norma de actuação clínica em cessação tabágica da DGS**

Esta variável foi avaliada pela pergunta P.6., com quatro opções de resposta. Posteriormente, para efeitos de análise agregada, foi criada uma nova variável com três opções de resposta – “sim, habitualmente”, “sim, às vezes” e “não” (resultante da junção das respostas “não” e “não conheço o programa”).

#### **2.3.12.9. Encaminhamento para a consulta de apoio intensivo**

A actuação relativamente ao encaminhamento para a consulta de apoio intensivo, foi avaliada através das perguntas 12.8.; 12.9.; 14.8.; 15.12. e 16.5.

## 2.4. Pré-teste e validação do instrumento de medida

O questionário foi sujeito à apreciação de um grupo de seis peritos (cinco médicos, com experiência em medicina geral e familiar, metodologia de investigação, comunicação na consulta, cessação tabágica e um psicólogo, especialista em metodologia de investigação, mudança comportamental e entrevista motivacional). Foram recolhidas críticas e contributos, discutidos pessoalmente pela autora com cada um destes peritos, no sentido de garantir a validade de conteúdo do instrumento de medida (Streiner e Norman, 1995; Abranson e Abranson, 1999).

Foram introduzidas clarificações em algumas perguntas e eliminadas perguntas repetidas ou pouco claras. Finalizada esta primeira etapa, o questionário foi sujeito a um pré-teste com dezasseis médicos de MGF. Verificou-se que os questionários foram respondidos sem dificuldades de interpretação, integralmente, existindo variabilidade na escolha das opções de resposta. O tempo médio de resposta variou entre 15 a 20 minutos.

A fim de garantir a validade de critério, na análise e classificação das respostas às perguntas sobre práticas de aconselhamento usou-se como *gold standard* o preconizado pela DGS para a actuação clínica nesta área (Nunes *et al.*, 2008), a Norma de Orientação Clínica para o Tratamento do Uso e Dependência do Tabaco, difundida pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, da Faculdade de Medicina de Lisboa (Reis *et al.*, 2008); e as Linhas de Orientação Clínica adoptadas pelo US Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 2008).

## 2.5. Análise estatística

Para análise de dados foi utilizado o *software* de análise estatística *PAWS Statistics* versão 18 (ex-SPSS).

Numa primeira etapa foram feitas uma validação operacional e uma análise exploratória dos dados, com correcção de todos os erros de introdução e/ou codificação detectados. As respostas e a respectiva base de dados foram verificadas segunda vez, a fim de se procurar garantir a total isenção deste tipo de erros.

Para avaliação da consistência interna das escalas utilizadas, foi calculado o índice  $\alpha$  de Cronbach observado, as frequências de resposta a cada um dos itens, os *scores* resultantes das pontuações médias das respostas aos itens incluídos em cada escala, respectivas medianas, modas, valores máximos e valores mínimos, bem como o valor de  $\alpha$ , se cada um dos itens fosse retirado da escala correspondente (Maroco e Garcia-Marques, 2006; French, 2008).

Considerando que, conforme referem Maroco e Garcia-Marques (2006) “... o  $\alpha$  de Cronbach tende a subavaliar a fiabilidade total de uma medida, estimando de forma conservadora a verdadeira fiabilidade” e que “... uma forma de lidar com este problema é a de promover tal homogeneidade por standardização dos itens antes de calcular o índice...”, foi igualmente determinado o índice alfa de Cronbach standardizado.

Considerou-se como fiabilidade apropriada um valor de  $\alpha$  de pelo menos 0,70. Valores de alfa inferiores (0,60) poderão ser considerados aceitáveis, mas os resultados obtidos devem ser interpretados com precaução (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

A análise exploratória univariada permitiu caracterizar as distribuições das variáveis e orientar a selecção de testes estatísticos a utilizar na análise dos dados.

Para as variáveis nominais foram calculadas as frequências de distribuição em função das respectivas categorias e a moda dessas distribuições.

Para as variáveis ordinais (*scores*) foram calculados os valores máximos, mínimos, a mediana e os tercis das respectivas distribuições.

Relativamente a variáveis quantitativas contínuas, foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão: a média, a mediana, a variância, o desvio-padrão e os valores mínimos e máximos.

A fim de estabelecer comparações entre as variáveis categoriais e as variáveis medidas com recurso a escalas de tipo Likert, procedeu-se à categorização destas últimas, em três classes (nível baixo, médio e alto), tendo como pontos de corte os tercís das distribuições dos *scores* resultantes das médias das pontuações ao total de itens da escala correspondente.

Os testes paramétricos são mais potentes, na medida em que rejeitam mais facilmente a hipótese nula quando esta é de rejeitar (menor erro tipo I). Por esta razão são preferíveis aos testes não paramétricos (Aguilar, 2007; Marôco, 2010; Afonso e Nunes, 2011). No entanto a sua aplicação exige diversas condições, das quais se salientam a normalidade das distribuições dos grupos comparativos e a homogeneidade de variâncias.

Embora os *scores* de resposta às escalas de tipo Likert não configurem uma verdadeira variável contínua, alguns autores aceitam que se utilizem testes paramétricos na sua análise, por defenderem que, para amostras grandes, em escalas com pelo menos cinco opções de resposta, os *scores* obtidos se aproximam da continuidade. No entanto, a generalidade dos autores aconselha a utilização de testes não paramétricos para tratamento dos *scores* resultantes das escalas de tipo Likert (Knapp, 1990, Chimka e Wolfe, 2009; Jamieson, 2004; Marôco, 2010, Aguilar, 2007; Afonso e Nunes, 2011).

Assim, para comparação das distribuições de dois grupos usou-se o teste de Mann-Whitney (*U*), alternativa não paramétrica ao teste T de Student. Para análise das distribuições de mais de dois grupos comparativos, usou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{kw}$ ), teste não paramétrico alternativo ao teste de Análise de Variâncias (ANOVA) a um factor (*F*).

Posteriormente foram efectuadas comparações múltiplas das médias das ordens, com o teste de Dunn, a fim de verificar quais os grupos comparativos em que se encontravam diferenças estatisticamente significativas, conforme proposto por Marôco (2010).

Em complemento, para melhor análise dos resultados, procedeu-se à categorização dos *scores* de resposta às escalas utilizadas, em função dos respectivos tercís de distribuição, para possibilitar o seu cruzamento com variáveis ordinais e/ou nominais, com posterior cálculo do teste de independência do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ).



A existência de eventuais associações entre variáveis qualitativas foi avaliada através do Teste de independência do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com correcção de continuidade de Yates ( $\chi^2_c$ ), em tabelas de dois por dois, quando verificados os critérios de aplicação deste teste. Em tabelas de dois por dois, sempre que os critérios de aplicabilidade deste teste não se verificaram, foi utilizado o Teste exacto de Fisher.

Para testar se a qualidade do ajustamento da amostra de respondentes à população identificável de estudo foi usado o teste de ajustamento do Qui-quadrado (Afonso e Nunes, 2011).

A fim de avaliar a força e a direcção da associação entre variáveis quantitativas e/ou escalas ordinais usou-se a correlação de Spearman ( $R_s$ ). A força da associação será tanto mais forte quanto mais se aproximar do valor 1, podendo ser positiva ou negativa. Para  $R_s \approx 0$ , não existe associação entre as ordenações das variáveis (Afonso e Nunes, 2011). Dada a facilidade de interpretação proporcionada pelas tabelas de contingência, as correlações foram complementarmente apresentadas desta forma.

Para avaliação da existência de associação entre as variáveis independentes com pertinência teórica na iniciativa de aconselhar e nas práticas de aconselhamento, foram calculados *odds ratios* brutos e respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%, com recurso à análise de regressão logística binária.

O *odds ratio* (*odds*: razão entre a probabilidade de sucesso e a probabilidade de insucesso) pode considerar-se como uma estimativa aproximada do risco relativo, permitindo uma interpretação dos resultados semelhante. Se o *odds ratio* for = 1, ou este valor estiver contido no intervalo de confiança, conclui-se não existir associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Se a variável independente (exposição) estiver positivamente relacionada com a variável dependente (efeito) o *odds ratio* será >1. Na situação inversa será < 1. O grau de aproximação entre o *odds ratio* e o risco relativo é bom quando a prevalência da variável dependente é baixa (< 10 a 20%). Quando esta prevalência é superior a 10%, o *odds ratio* sobrestima progressivamente a força da associação, no caso de apresentar um valor superior a 1, ou subestima a força da associação, no caso de assumir um valor inferior a 1 (Zhang e Yu, 1998; Cook, 2002; Grimes e Schulz, 2008; Webb e Bain, 2011).

No presente trabalho, foi considerada uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05 em todas as análises inferenciais.

## Análise multivariada

A fim de identificar as variáveis independentes que apresentavam uma associação preditiva das variáveis dependentes – tomar a iniciativa de aconselhar, realizar intervenção breve, realizar intervenção motivacional em pacientes que não querem parar de fumar, realizar intervenção motivacional com pacientes ambivalentes relativamente à cessação tabágica e adoptar normas de boas práticas, em cessação tabágica –, após ajustamento de eventuais efeitos de confundimento, foi usada a regressão logística binária.

Foram incluídas, como variáveis independentes, as que revelaram *odds ratios* brutos estatisticamente significativos ou se mostraram pertinentes de acordo com o modelo teórico adoptado e respectivas hipóteses, independentemente da significância estatística do respectivo *odds ratio* bruto.

Assim, determinaram-se modelos de regressão logística binária, com recurso ao *PASW Statistics* versão 18, conforme proposto por Marôco (2010). Foi usado o método *Forward: LR (Likelihood ratio ou de razão de verosimilhanças)* de selecção de variáveis a incluir nos respectivos modelos, tendo sido incluídas como covariáveis as que se mostraram teoricamente pertinentes em função do modelo conceptual adoptado. Permaneceram no modelo as variáveis que apresentaram um valor de  $p \leq 0,05$ .

A regressão logística binária disponibiliza razões de possibilidades (*odds ratios* ajustados) que traduzem uma estimativa do risco relativo de um indivíduo, pertencente a uma determinada categoria de uma dada variável independente, apresentar o acontecimento, ou valor positivo, da variável dependente, quando comparado com um indivíduo da categoria de referência da mesma variável independente. Os *odds Ratios* obtidos pelo modelo de regressão logística encontram-se ajustados para os eventuais efeitos de confundimento dos restantes factores ou covariáveis incluídos no respectivo modelo.

A fim de testar a hipótese de o modelo de regressão ser estatisticamente significativo foi determinado o teste  $G^2$ . Usou-se o Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Wald, para identificar as variáveis independentes que influenciam de modo estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ) o modelo global. A adequação do modelo aos dados foi avaliada com recurso ao teste de Hosmer e Lemeshow *goodness of fit*, aceitando-se a hipótese nula de adequação do modelo se o valor de  $p > 0,05$ . Foi também determinado

o  $R^2$  de Nagelkerke, para avaliar em que medida o modelo consegue explicar a variação registada na variável dependente (Bewick; Cheek; Ball, 2005; Marôco, 2010).

Considerou-se que os modelos apresentavam uma boa capacidade preditiva quando a sensibilidade e a especificidade foram superiores a 80%; razoável para valores entre 50% e 80%. Abaixo de 50%, a capacidade preditiva foi considerada medíocre (Aguiar, 2007; Marôco, 2010).

A partir das taxas de detecção de verdadeiros positivos (sensibilidade do modelo) e de verdadeiros negativos (especificidade do modelo) foi calculada a “eficiência classificatória” de cada modelo, com recurso à Curva ROC. Para valores da área sob a Curva ROC iguais ou superiores a 70%, a capacidade discriminatória dos modelos foi considerada boa e, muito boa, para valores iguais ou superiores a 80%. (Aguiar, 2007; Marôco, 2010).

Se o acontecimento (variável dependente) for raro, os *odds ratios* ajustados correspondem ao risco relativo ajustado, para as co-variáveis incluídas no respectivo modelo. Perante acontecimento frequentes (prevalências ou proporções superiores a 10 a 20%) os *odds ratios* apresentam valores superiores ou inferiores ao risco relativo, sobrestimando ou subestimando a força da associação, consoante assumam um valor superior ou inferior à unidade.

Sempre que existam diferenças entre os *odds ratios* brutos e os respectivos *odds ratios* ajustados pode concluir-se pela presença de variáveis interferentes (Davies; Crombie; Tavakoli, 1998; Zhang e Yu, 1998; Pearce, 2004; Aguiar, 2007; Grimes e Schulz, 2008; Webb e Bain, 2011).



### 3. RESULTADOS

---



### 3.1. Caracterização demográfica, profissional e referente ao consumo de tabaco

Foram enviados questionários para 2942 médicos, 96,7% do total de inscritos na APMCG, uma vez excluídos os que possuíam endereço em Espanha, endereço incompleto ou se encontravam sem exercício de funções clínicas.

A primeira volta de envio do questionário decorreu de 19 a 31 de Abril e a segunda de 24 a 31 de Maio de 2010. O período de recolha terminou a 5 de Agosto do mesmo ano. Foram devolvidas ao remetente 63 cartas (2,1%), devido a mudança de residência, endereço incompleto ou falecimento do destinatário. Presume-se, assim, terem sido entregues aos seus destinatários um total de 2879 questionários.

Foram recebidas 668 respostas. Excluíram-se da análise 25 respostas, correspondentes a dezasseis médicos que disseram não estar a fazer clínica e, nove, devido ao facto de os questionários se encontrarem insuficientemente preenchidos. Excluíram-se, ainda, quatro respostas, dado terem sido recebidas várias semanas após o termo do período de recolha.

Foram, assim, incluídos na análise 639 questionários, o que corresponde a uma taxa útil de resposta de 22,4%, considerado o total de questionários enviados, uma vez excluídos os 63 questionários devolvidos e as 29 respostas excluídas.

#### 3.1.1. População de estudo e amostra de respondentes

Dos 639 respondentes, pertenciam ao sexo feminino 430 (67,4%) e ao sexo masculino 208 (32,6%). Foi encontrado um predomínio de respostas de médicos mais jovens, com 35 ou menos anos de idade, conforme se confirma no Quadro 22. Um médico não identificou o sexo e dois não identificaram a idade.

Para efeitos comparativos, apresenta-se no mesmo quadro a distribuição etária dos 2575 médicos inscritos na APMCG, com idade conhecida, correspondentes a 86,7% do total de 3043 médicos inscritos nesta Associação, em Março de 2010.

Destes médicos, 31,5% eram do sexo masculino e 68,5% do sexo feminino, conforme anteriormente apresentado no Quadro 10.

Quadro 22. Distribuição por grupo etário da amostra de respondentes ( $n=637$ ) e da população de estudo ( $n = 2575^*$ )

Amostra		Sexo		Total	População APMCG*
Grupos etários (anos)		Masc	Fem		
≤ 35	<i>n</i>	42	192	234	1058
	%	17,9	82,1	100,0	100,0
	% Total	6,6	30,1	36,7	41,1
36-45	<i>n</i>	17	66	83	586
	%	20,5	79,5	100,0	100,0
	% Total	2,7	10,4	13,0	22,8
46-55	<i>n</i>	78	122	200	568
	%	39,0	61,0	100,0	100,0
	% Total	12,2	19,2	31,4	22,0
>55	<i>n</i>	70	50	120	363
	%	58,3	41,7	100,0	100,0
	% Total	11,0	7,8	18,8	14,1
Total	<i>n</i>	207	430	637	2575
	%	32,5	67,5	100,0	100,0

Fonte:\* Inscritos na APMCG, com idade conhecida (incluídos médicos com residência em Espanha).

A fim de permitir avaliar se a distribuição da amostra de respondentes diferiu da distribuição da população de estudo, no que se refere a estas duas variáveis, determinou-se o teste de ajustamento do Qui-quadrado. Verificou-se que as distribuições em função do sexo se revelaram semelhantes ( $\chi^2(1) = 0,003$ ;  $p = 0,956$ ;  $n = 638$ ), embora se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas nas distribuições em função do grupo etário ( $\chi^2(3) = 65,334$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 637$ ).

### 3.1.2. Distribuição por sexo e por grupo etário

O sexo feminino apresentou uma idade média (40,8 anos; desvio-padrão ( $s$ ) = 11,7 anos, mediana = 38 anos; máximo = 72 anos, mínimo = 25 anos) inferior à do sexo masculino (48,9 anos, desvio-padrão ( $s$ ) = 11,5 anos, mediana = 54 anos; máximo = 73 anos, mínimo = 25 anos). Em ambos os sexos, o grupo etário menos representado foi o dos 35 aos 44 anos, com 8,7% de respostas no sexo masculino e



16,5% no sexo feminino. O grupo mais representado nas mulheres foi o dos 25 aos 34 anos (41,9%) e, nos homens, o grupo dos 55 ou mais anos (45,9%), conforme Figura 9.

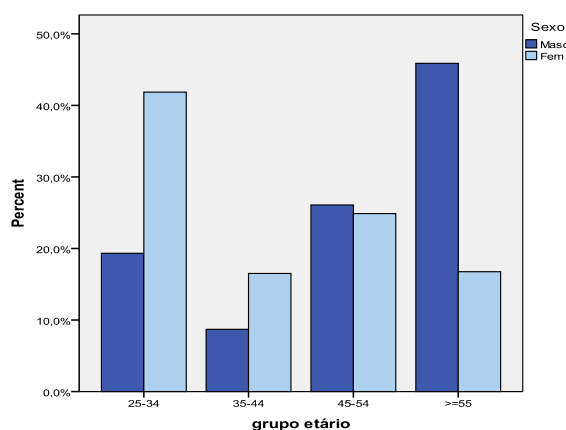


Figura 9. Distribuição dos respondentes por sexo e grupo etário

### 3.1.3. Distribuição por sexo e prática de MGF

As mulheres apresentaram, em média, 12,1 anos de prática profissional de MGF ( $s = 10,7$  anos; máximo = 36 anos; mínimo = < 1 ano) e os homens 19,6 anos ( $s = 10,9$  anos; máximo = 49 anos; mínimo = 1 ano). Em 428 mulheres, 53,7% referiram ter menos de 10 anos de prática. Em 208 homens, 50,0% tinham entre 20 a 29 anos de prática, conforme se pode observar na Figura 10.

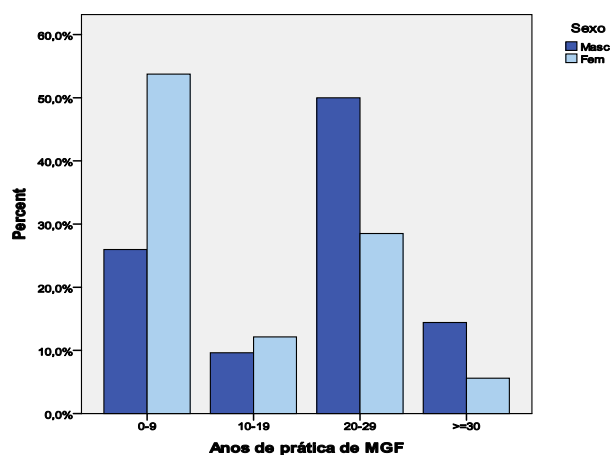


Figura 10. Distribuição dos respondentes por sexo e anos de prática de MGF

Verificou-se que 49,0% dos respondentes do sexo masculino referiram trabalhar numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 39,2% numa Unidade de Saúde Familiar (USF), 10,3% no sector privado e 1,5% em outra entidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Quanto ao sexo feminino, 46,5% referiram trabalhar numa USF, 46,3% numa UCSP, 3,8% em outra entidade do SNS e 3,3% no sector privado.

### 3.1.4. Proporção de fumadores na lista de utentes e local de prática de MGF

Verificou-se que 38,6% do total de respondentes e 42,2% dos que disseram trabalhar numa Unidade de Saúde Familiar estimaram uma prevalência de fumadores na sua lista de utentes de 15 a 24%. Cerca de um quarto dos médicos (24,0%) referiu não saber qual a proporção de pacientes fumadores na sua lista de utentes, conforme Quadro 23.

Quanto à estimativa de fumadores em função do local de prática de MGF, não se encontrou associação entre as duas variáveis ( $\chi^2(12) = 18,496$ ;  $p = 0,101$ ;  $n = 624$ ).

Quadro 23. Estimativa de fumadores na lista de utentes em função do local de prática de MGF

Local de exercício MGF		Estimativa fumadores					Total
		<15%	15 a 24%	>24 a 30%	>30%	Não sabe	
UCSP	<i>n</i>	46	112	47	18	72	295
	%	15,6	38,0	15,9	6,1	24,4	100,0
USF	<i>n</i>	26	116	53	14	66	275
	%	9,5	42,2	19,3	5,1	24,0	100,0
Outro serviço SNS	<i>n</i>	6	3	5	2	3	19
	%	31,6	15,8	26,3	10,5	15,8	100,0
Privada	<i>n</i>	5	10	7	4	9	35
	%	14,3	28,6	20,0	11,4	25,7	100,0
Total	<i>n</i>	83	241	112	38	150	624
	%	13,3	38,6	17,9	6,1	24,0	100,0

## 3.2. Formação

### 3.2.1. Realização do Internato da especialidade de MGF por sexo e por grupo etário

Referiram ter realizado o Internato da especialidade de MGF 462 médicos, 72,8% do total de respondentes. Analisada a distribuição por sexos, disseram ter realizado o Internato da Especialidade 128 (62,1%) médicos do sexo masculino e 334 (77,9%) do sexo feminino. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(1) = 17,350$ ,  $p < 0,001$ ;  $n = 635$ ).

No grupo dos 25 aos 34 anos, treze médicos responderam estar ainda a realizar o Internato da especialidade. Dos inquiridos com mais de 55 anos, 53,2% não realizaram este Internato. Todos os inquiridos, do grupo etário dos 35 aos 44 anos, referiram ter realizado o Internato da especialidade de MGF.

Conforme se pode ver pela Figura 11., a maioria dos médicos com menos de 19 anos de prática (93,8%) mencionou ter realizado o Internato da especialidade, contrariamente ao verificado nos médicos com vinte ou mais anos de prática, dos quais apenas cerca de metade (45,5%) referiu possuir esta formação. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 170,815$ ,  $p < 0,001$ ;  $n = 634$ ).

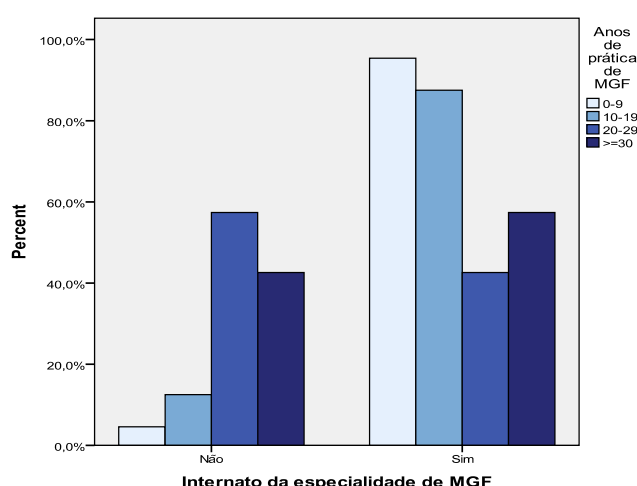


Figura 11. Realização do Internato da especialidade de MGF por anos de prática de MGF

### 3.2.2. Realização do Internato da especialidade de MGF em função do local de exercício

Responderam ter realizado o Internato da Especialidade: 84,2% dos médicos que referiram trabalhar num serviço público não integrado no SNS, 77,1% dos médicos que referiram trabalhar numa USF, 70,6% numa UCSP e 52,9% no sector privado. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 11,294$ ,  $p = 0,010$ ;  $n = 621$ ).

### 3.2.3. Formação em cessação tabágica

Referiram possuir formação teórica em cessação tabágica 322 (50,7%) médicos. Do total, apenas 8,2% referiram possuir formação teórica com mais de 35 horas. Três médicos não responderam a esta pergunta.

O sexo masculino apresentou uma proporção de respondentes que referiu possuir formação em cessação tabágica (42,0%) inferior à do sexo feminino (54,7%), existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 12,829$ ,  $p = 0,005$ ;  $n = 635$ ).

A proporção de médicos que referiu possuir formação teórica nesta área diminuiu com os anos de prática de MGF, sendo de 56,3% no grupo de médicos com menos de dez anos de prática, de 47,9% no grupo com 20 a 29 anos de prática, de 46,0% no grupo com 10 a 19 anos de prática e de 44,4%, no grupo com trinta ou mais anos de prática. Contudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(9) = 15,345$ ,  $p = 0,082$ ;  $n = 633$ ).

Mencionaram ter formação teórica em cessação tabágica 59,0% dos médicos que responderam trabalhar numa USF, 46,6% dos que disseram trabalhar numa UCSP, 31,6% em outros serviços do SNS e 40,0% no sector privado. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(3) = 13,780$ ,  $p = 0,003$ ;  $n = 621$ ).

Em 459 médicos que realizaram o Internato da especialidade, 53,4% referiram ter formação teórica em cessação tabágica. Dos 173 médicos que não realizaram este Internato, 43,9% referiram possuir formação nesta área.

Dos médicos com o Internato da especialidade: 7,2% referiram possuir formação teórica, em cessação tabágica, com duração superior a 35 horas, 14,4% com duração

superior a sete e menor ou igual a 35 horas e 31,8% com duração igual ou inferior a 7 horas.

Entre os médicos sem o Internato de MGF: 11,0% disseram possuir formação teórica em cessação tabágica com mais de 35 horas; 11,0% com duração superior a sete e menor ou igual a 35 horas e 22,0% com duração igual ou inferior a 7 horas.

Afirmaram possuir formação prática em cessação tabágica 18,7% dos médicos. Do total, apenas 27 médicos (4,3%) responderam possuir formação prática com duração superior a 35 horas. Disseram possuir formação prática neste domínio 18,7% das mulheres e 18,3% dos homens.

Entre os médicos com o Internato da especialidade de MGF, 81,5% referiram não ter formação prática e apenas 3,7% referiram possuir formação prática com mais de 35 horas de duração. Entre os médicos sem este Internato, 80,8% não têm formação prática e 5,8% referiram possuir formação prática com mais de 35 horas de duração.

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre ter formação prática em cessação tabágica e sexo ( $\chi^2_c(1) = 0,001$ ;  $p = 0,974$ ;  $n = 635$ ); grupo etário ( $\chi^2(3) = 7,183$ ,  $p = 0,066$ ;  $n = 634$ ); anos de prática de MGF ( $\chi^2(3) = 6,834$ ,  $p = 0,077$ ;  $n = 633$ ); realização do Internato da especialidade ( $\chi^2_c(1) = 0,041$ ;  $p = 0,839$ ;  $n = 632$ ) e local de exercício ( $\chi^2(3) = 1,915$ ,  $p = 0,590$ ;  $n = 621$ ).

Responderam não necessitar de formação em cessação tabágica 23 médicos (3,6%). Apresentam-se no Quadro 24. as necessidades de formação identificadas, em função dos temas.

Quadro 24. Necessidades de formação identificadas em função do tema

<i>n</i>	%	Tema
415	(65,6%)	Entrevista motivacional
370	(58,5%)	Prevenção da recaída
358	(56,6%)	Intervenção breve
348	(55,0%)	Estágio prático em cessação tabágica
338	(53,4%)	Terapêutica farmacológica
272	(43,0%)	Abordagem de apoio intensivo
188	(29,7%)	Método clínico centrado no paciente
20	(2,3%)	Acupuntura, hipnose e outros temas

Verificou-se que 62,7% dos médicos que referiram possuir menos de dez anos de prática de MGF; 54,3% com 10 a 19 anos; 48,6% com 20 a 29 anos e 61,1% dos médicos com trinta ou mais anos de prática identificaram necessidades de formação em intervenção breve ( $\chi^2(3) = 10,585$ ,  $p = 0,014$ ;  $n = 630$ ).

No que se refere à abordagem motivacional, verificou-se que 68,3% dos respondentes com menos de dez anos de prática de MGF, 71,4% dos médicos com 10 a 19 anos de prática, 63,1% com 20 a 29 anos de prática e 53,7% com trinta ou mais anos de prática identificaram necessidades de formação nesta área ( $\chi^2(3) = 5,993$ ,  $p = 0,112$ ;  $n = 630$ ).

Foram identificadas necessidades de formação na utilização de terapêuticas farmacológicas na cessação tabágica por 65,8% dos médicos com menos de 10 anos de prática de MGF e por cerca de 43,4% dos restantes médicos.

Dos médicos com o Internato de Especialidade de MGF, mais de metade referiram necessidades de formação, conforme Quadro 25.

Quadro 25. Necessidades de formação, por tema, em função da realização do Internato da especialidade de MGF

	Intervenção breve	Entrevista motivacional	Terapêutica farmacológica	Prevenção da recaída	Estágio prático
Sem o Internato da especialidade	50,3%	63,0%	46,8%	50,9%	47,4%
Com o Internato da especialidade	59,0%	66,7%	56,4%	61,6%	57,9%
( $n = 629$ )	$p = 0,049$	$p = 0,388$	$p = 0,032$	$p = 0,014$	$p = 0,018$
Valor de $p$					

Identificaram necessidades de formação em intervenção breve 66,0% dos médicos sem formação teórica em cessação tabágica. Este resultado foi de 62,0% no grupo com 7 ou menos horas de formação, de 32,5% no grupo com mais de 7 a 35 horas de formação e de 19,2% no grupo com mais de 35 horas de formação, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(3) = 62,348$ ,  $p < 0,001$ ;  $n = 633$ ).

Apenas 11,1% dos médicos que referiram possuir formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas e 36,7% com formação prática  $\leq 35$  horas identificaram necessidades de formação em intervenção breve. Este valor foi de 62,3% nos médicos

sem formação prática, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 44,156$ ,  $p < 0,001$ ;  $n = 632$ ).

Identificaram necessidades de formação em entrevista motivacional, 69,9% dos médicos sem formação teórica em cessação tabágica. Este valor foi de 67,4% no grupo com 7 ou menos horas de formação, de 56,5% no grupo com mais de 7 a 35 horas de formação e de 48,1% no grupo com mais de 35 horas de formação, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(3) = 12,922$ ,  $p = 0,005$ ;  $n = 633$ ).

Dos médicos sem formação prática em cessação tabágica, 66,2% identificaram necessidades de formação em entrevista motivacional. Este valor foi de 64,4% no grupo com 35 ou menos horas de formação e de 55,6% no grupo com mais de 35 horas de formação prática em cessação tabágica, não existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 1,342$ ,  $p = 0,511$ ;  $n = 632$ ).

Apresentam-se no Quadro 26. as proporções de respondentes que identificaram necessidades de formação, em função dos temas e da posse de formação teórica e prática em cessação tabágica.

Quadro 26. Necessidades de formação em função da formação teórica e prática em cessação tabágica

	Intervenção breve	Entrevista motivacional	Terapêutica farmacológica	Prevenção da recaída	Estágio prático
Sem formação teórica	66,0%	69,9%	57,4%	57,7%	60,3%
Com formação teórica	47,4%	61,4%	49,5%	59,2%	49,8%
Sem formação prática	62,3%	66,2%	56,1%	20,6%	59,8%
Com formação prática	30,8%	62,4%	41,9%	17,0%	34,2%

A proporção de médicos que identificou necessidades de formação na utilização de fármacos na cessação tabágica diminuiu com o número de horas de formação teórica, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 30,837$ ,  $p < 0,001$ ;  $n = 633$ ), conforme Quadro 27.

Quadro 27. Formação teórica em cessação tabágica e necessidades de formação na utilização de terapêutica farmacológica

Formação teórica		Necessidades de formação em terapêutica farmacológica		Total
		Não	Sim	
Não	n	133	179	312
	%	42,6	57,4	100,0
Sim ≤ 7 h	n	71	113	184
	%	38,6	61,4	100,0
Sim >7 e ≥ 35 h	n	52	33	85
	%	61,2	38,8	100,0
Sim > 35 h	n	39	13	52
	%	75,0	25,0	100,0
Total	n	295	338	633
	%	46,6	53,4	100,0

Verificou-se que 56,1% dos médicos sem formação prática em cessação tabágica, 48,9% dos médicos com formação prática inferior a 35 horas e 18,5% com formação superior a 35 horas identificaram necessidades de formação relativamente à utilização de fármacos para a cessação tabágica, ( $\chi^2 (2) = 15,467$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 632$ ), conforme se confirma no Quadro 28.

Quadro 28. Formação prática em cessação tabágica e necessidades de formação em terapêutica farmacológica

Formação prática		Necessidades formação em terapêutica farmacológica		Total
		Não	Sim	
Não	n	226	289	515
	%	43,9	56,1	100,0
Sim ≤ 35 horas	n	46	44	90
	%	51,1	48,9	100,0
Sim >35 horas	n	22	5	27
	%	81,5	18,5	100,0
Total	n	294	338	632
	%	46,5	53,5	100,0



### 3.3. Consumo de tabaco

Responderam nunca ter fumado 395 (62,1%) médicos de ambos os sexos. Referiram ser fumadores actuais 108 médicos (17,0%), dos quais 77 (12,1%) fumadores diários e 31 (4,9%) fumadores ocasionais. Referiram ser ex-fumadores 133 (20,9%) médicos, dos quais 21 (3,3%) pararam de fumar há menos de um ano. Três médicos não responderam às questões relacionadas com o consumo de tabaco.

São de notar os baixos consumos diários reportados, sendo que apenas 16 (23,9%) dos 66 inquiridos que responderam consumir cigarros, reportaram um consumo igual ou superior a vinte cigarros. Vinte e sete inquiridos (40,3%) referiram um consumo entre 6 a 19 cigarros e 23 referiram consumir 5 ou menos cigarros por dia. O consumo médio diário de cigarros foi de 11,5 ( $s = 8,7$ ; mediana = 10; mínimo = 1; máximo = 40). Trinta médicos referiram não consumir tabaco diariamente.

Os cigarros foram o tipo de tabaco mais referido. O consumo de cigarrilhas foi referido por sete inquiridos, com um consumo médio diário entre um mínimo de uma cigarrilha e um máximo de doze cigarrilhas, por dia. Apenas um respondente referiu fumar cachimbo. O consumo de charutos não foi referido por nenhum respondente.

Dos dezasseis médicos que referiram fumar vinte ou mais cigarros por dia, treze referiram consumir tabaco nos trinta minutos após acordar.

Quanto à decisão de parar de fumar, 45,6% dos 103 médicos fumadores que responderam a esta pergunta referiram não estar a pensar parar de fumar. Pelo contrário, 56 (54,4%) médicos referiram estar a pensar parar de fumar, dos quais 39 em data não definida (pré-contemplação), onze responderam estar a pensar parar dentro de seis meses e seis dentro de um mês (preparação). Dos 55 médicos que referiram querer parar de fumar, 39 (70,9%) responderam já ter feito anteriormente uma tentativa para parar.

#### 3.3.1. Consumo de tabaco por sexo e por grupo etário

A proporção de médicos que respondeu nunca ter fumado foi de 69,6% no sexo feminino e de 46,6% no sexo masculino. Referiram ser fumadores 23,1% de respondentes do sexo masculino e 14,0% do sexo feminino. Referiram ser ex-fumadores 30,3% dos homens e 16,4% das mulheres, conforme Quadro 29.

A associação entre sexo e consumo de tabaco revelou-se estatisticamente significativa ( $\chi^2 (2) = 31,434$ ,  $p < 0,001$ ;  $n = 635$ ).

Quadro 29. Consumo de tabaco em função do sexo

			Consumo de tabaco			Total
			Nunca fumadores	Ex-fumadores	Fumadores	
Masc	<i>n</i>		97	63	48	208
	%		46,6	30,3	23,1	100,0
Fem	<i>n</i>		297	70	60	427
	%		69,6	16,4	14,0	100,0
Total	<i>n</i>		394	133	108	635
	%		62,0	20,9	17,0	100,0

No que se refere ao consumo de tabaco por grupo etário, o grupo de médicos mais jovens apresentou a maior proporção de médicos que referiram nunca ter fumado (76,3%). Pelo contrário, no grupo etário dos 55 ou mais anos, apenas 43,7% dos médicos afirmaram nunca ter fumado. A maior proporção de médicos que referiram fumar situou-se no grupo etário dos 45 aos 54 anos (23,9%). O grupo de médicos mais jovens, dos 25 aos 34 anos, apresentou a menor proporção de médicos que referiram fumar (11,0%). Foi encontrada associação, estatisticamente significativa, entre consumo de tabaco e grupo etário ( $\chi^2 (6) = 58,05$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 634$ ).

Quando analisado o consumo de tabaco reportado pelos respondentes, em função do sexo e do grupo etário, verificou-se que o sexo feminino apresentou uma proporção de fumadoras de 9,9% no grupo etário dos 35 aos 44 anos e de 10,6% no grupo com menos de 35 anos. No grupo com 45 ou mais anos, esta proporção foi de 19,2%.

No sexo masculino, de acordo com os dados reportados, o grupo etário dos 45 aos 54 anos apresentou a proporção mais elevada de fumadores (33,3%) e o grupo com 55 ou mais anos a proporção mais elevada de ex-fumadores (42,1%).

A proporção de fumadores reportada pelo grupo de médicos mais jovens foi de 12,5%, conforme Quadro 30.

Quadro 30. Consumo de tabaco por sexo e por grupo etário

Sexo / Grupo etário		Consumo de tabaco			Total	
		Nunca fumadores	Ex-fumadores	Fumadores		
Masc	25-34	n	27	8	5	40
		%	67,5	20,0	12,5	100,0
	35-44	n	10	4	4	18
		%	55,6	22,2	22,2	100,0
	45-54	n	25	11	18	54
		%	46,3	20,4	33,3	100,0
	≥ 55	n	35	40	20	95
		%	36,8	42,1	21,1	100,0
Total		n	97	63	47	207
		%	46,9	30,4	22,7	100,0
Fem	25-34	n	140	20	19	179
		%	78,2	11,2	10,6	100,0
	35-44	n	56	8	7	71
		%	78,9	11,3	9,9	100,0
	45-54	n	63	22	20	105
		%	60,0	21,0	19,0	100,0
	≥ 55	n	38	20	14	72
		%	52,8	27,8	19,4	100,0
Total		n	297	70	60	427
		%	69,6	16,4	14,1	100,0

## 3.3.2. Consumo de tabaco, anos de prática de MGF e local de prática

A proporção de médicos que referiu fumar, entre os médicos com mais de 20 anos de prática (22,6%), foi bastante superior à encontrada nos médicos com menos de 20 anos de prática (12,1%).

Por outro lado, 75,3% dos médicos com menos de 10 anos de prática e 33,3% com mais de 30 anos, responderam nunca ter fumado, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2$  (6) = 58,439;  $p < 0,001$ ,  $n = 634$ ).

O sector privado foi o que apresentou a proporção de médicos que referiram fumar mais elevada (31,4%). Cerca de 16% dos médicos que responderam estar a trabalhar numa UCSP ou numa USF (Centros de Saúde) referiram ser fumadores. No entanto, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco em função do local onde os respondentes referiram exercer ( $\chi^2(6) = 9,213$ ;  $p = 0,162$ ;  $n = 621$ ).

### 3.3.3. Consumo de tabaco e Internato da especialidade de MGF

A proporção de médicos que referiu fumar foi superior no grupo de médicos que realizou o Internato da especialidade (17,4%) relativamente aos restantes médicos (16,2%).

Foi obtida uma proporção de 16,1% de ex-fumadores no grupo que realizou o Internato da especialidade e de 33,5% nos restantes médicos, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 23,625$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 632$ ).

### 3.3.4. Consumo de tabaco e formação em cessação tabágica

Afirmaram não ter formação teórica em cessação tabágica 47,8% dos médicos que referiram fumar, 48,9% dos ex-fumadores e 56,1% dos médicos que referiram nunca ter fumado ( $\chi^2(2) = 2,302$ ;  $p = 0,316$ ;  $n = 635$ ).

Afirmaram ter formação prática em cessação tabágica 17,6% dos médicos que referiram fumar, 20,3% dos ex-fumadores e 18,3% dos médicos que referiram nunca ter fumado, conforme se pode ver no Quadro 31.

Não se encontrou associação, estatisticamente significativa, entre consumir tabaco e possuir formação prática em cessação tabágica ( $\chi^2(2) = 0,354$ ;  $p = 0,838$ ;  $n = 635$ ).

Quadro 31. Descrição univariável – Caracterização demográfica, profissional e referente ao consumo de tabaco

Variável	Categorias da variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Estatística descritiva para variáveis numéricas
Sexo	Masculino Feminino	208 430	32,6% 67,4%	(n = 638)
Idade				Mediana: 46 anos Média: 43,4 anos Desvio-padrão: 12,2 anos Mínimo: 25 anos Máximo: 73 anos (n = 637)
Grupo etário	25-34 anos 35-44 anos 45-54 anos > 55 anos	220 89 161 167	34,5% 14,0% 25,3% 26,2%	(n = 637)
Consumo de tabaco	Nunca fumadores Ex-fumadores Fumadores	395 108 133	62,1% 20,9% 17,0%	(n = 636)
Anos de prática de MGF	0 - 9 anos 10-19 anos 20-29 anos ≥ 30 anos	284 72 226 54	44,7% 11,3% 35,5% 8,5%	(n = 636)
Local de prática de MGF	UCSP USF Outro serviço SNS Privada	295 275 19 35	47,3% 44,1% 3,0% 5,6%	(n = 624)
Proporção de fumadores na lista de utentes	<15% 15 a 24% >24 a 30% > 30% Não sabe	84 243 116 42 153	13,2% 38,1% 18,2% 6,6% 24,0%	(n = 638)
Formação em MGF- Internato Especialidade	Sim Não	462 173	72,8% 27,2%	(n = 635)
Formação teórica em cessação tabágica	Não Sim ≤ 7 h. Sim >7 e ≤ 35h. Sim > 35 h.	314 184 86 52	49,4% 28,9% 13,5% 8,2%	(n = 636)
Formação prática em cessação tabágica	Não Estágio ≤ 35 h. Estágio >35 h.	518 91 27	81,4% 14,3% 4,3%	(n = 636)

### 3.4. Adopção do método clínico centrado no paciente

#### 3.4.1. Escala *Patient Practitioner Orientation Scale*

A consistência interna da *Patient Practitioner Orientation Scale* (PPOS) foi avaliada com recurso ao índice alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach. Obteve-se um valor de  $\alpha = 0,74$ ;  $\alpha$  estandardizado = 0,75.

Verificou-se que a afirmação referente ao uso do humor (P.22.17 do questionário) apresentou uma correlação negativa com alguns dos restantes itens. Quando retirado este item da escala, o valor de  $\alpha$  sofreu um ligeiro aumento para  $\alpha = 0,75$ . Dado que a diferença era relativamente pequena foi decidido usar todos os itens da escala, mantendo-a sem alterações relativamente à versão original.

Em termos globais, foram obtidas 607 respostas à totalidade das afirmações da escala. Os *scores* totais (médias aritméticas das respostas à totalidade dos itens) variaram entre 2,6 e 5,8; mediana: 4,4; moda: 4,3; média: 4,5;  $s = 0,52$ .

Calculados os tercis da distribuição dos *scores* de resposta às dezoito afirmações da PPOS, verificou-se que estes foram de 4,2 e de 4,7. Usando estes valores como pontos de corte, conclui-se que 189 (31,1%) médicos se situaram no terço inferior (pouco centrados nos pacientes), 224 (36,9%) médicos no terço intermédio (medianamente centrados nos pacientes) e 194 (32,0%) no terço superior (muito centrados nos pacientes).

#### 3.4.2. Associação entre método clínico centrado no paciente, sexo e grupo etário

Os *scores* medianos de resposta à PPOS variaram entre sexos, sendo, respectivamente, de 4,3 nos homens e de 4,5 nas mulheres. Calculado o teste de Mann-Whitney, concluiu-se que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos se revelaram estatisticamente significativas ( $U = 45,975$ ;  $p = 0,011$ ;  $n = 606$ ).

Apresenta-se no Quadro 32. a distribuição dos *scores* de resposta à PPOS, em função do sexo, verificando-se existir associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2 (2) = 8,884$ ;  $p = 0,012$ ;  $n = 606$ ).

Quadro 32. Adopção do método clínico centrado no paciente (escala *PPOS*) e sexo

Sexo		Scores <i>PPOS</i>			Total
		Pouco centrados	Moderada/centrados	Muito centrados	
Masc	<i>n</i>	79	65	58	202
	%	39,1	32,2	28,7	100,0
Fem	<i>n</i>	110	158	136	404
	%	27,2	39,1	33,7	100,0
Total	<i>n</i>	189	223	194	606
	%	31,2	36,8	32,0	100,0

Verificou-se que os *scores* medianos das respostas à *PPOS* foram inferiores nos grupos etários com mais de 45 anos, conforme Quadro 33.

Quadro 33. Distribuição dos *scores* de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente (*PPOS*) e grupo etário

Grupo etário	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
25-34	216	4,5000	3,00	5,61
35-44	85	4,5000	3,28	5,67
45-54	147	4,3889	3,11	5,78
≥ 55	157	4,3333	2,61	5,67
Total	605	4,4444	2,61	5,78

Analisadas as diferenças entre as distribuições dos *scores* obtidos na *PPOS* em função do grupo etário, com recurso ao teste de Kruskal-Wallis, concluiu-se que estas diferenças foram estatisticamente significativas ( $\chi^2_{KW}(3) = 15,390$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 605$ ). Feita a análise em função dos tercis de distribuição dos *scores* de resposta à *PPOS*, em função do grupo etário, verificou-se que a proporção de médicos mais centrados nos pacientes diminuiu progressivamente com a idade, conforme Quadro 34.

Confirmou-se a existência de uma correlação negativa, estatisticamente significativa, entre as duas variáveis ( $R_s = -0,160$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 605$ ).

Quadro 34. Adopção do método clínico centrado no paciente em função do grupo etário

Grupo etário		Scores PPOS			Total
		Pouco centrados	Moderada/ centrados	Muito centrados	
25-34	<i>n</i>	48	89	79	216
	%	22,2	41,2	36,6	100,0
35-44	<i>n</i>	23	33	29	85
	%	27,1	38,8	34,1	100,0
45-54	<i>n</i>	56	42	49	147
	%	38,1	28,6	33,3	100,0
≥ 55	<i>n</i>	61	59	37	157
	%	38,9	37,6	23,6	100,0
Total	<i>n</i>	188	223	194	605
	%	31,1	36,9	32,1	100,0

### 3.4.3. Associação entre o método clínico centrado no paciente e anos de prática de MGF

Os médicos com menos de vinte anos de prática apresentaram *scores* medianos de resposta à *PPOS* mais elevados do que os verificados nos restantes médicos, conforme Quadro 35.

Quadro 35. Método clínico centrado no paciente (*scores PPOS*) e anos de prática de MGF

Anos prática MGF	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
0-9	275	4,5253	3,00	5,67
10-19	67	4,5033	3,50	5,78
20-29	211	4,3699	2,61	5,67
≥ 30	52	4,2863	3,00	5,33
Total	605	4,4481	2,61	5,78

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{\text{KW}}(3) = 14,110$ ;  $p = 0,003$ ;  $n = 605$ ). As comparações múltiplas das médias das ordens permitiram concluir que as diferenças



com significado estatístico ocorreram apenas entre o grupo de médicos com menos de dez anos e o grupo de médicos com 20 a 29 anos de prática de MGF.

Verificou-se que o grupo com menos de vinte anos de prática apresentou a maior proporção de médicos muito centrados nos pacientes (36,3 %). No grupo com 20 a 29 anos de prática de MGF foi encontrada a maior proporção de médicos pouco centrados nos pacientes (40,3%), conforme se pode ver no Quadro 36.

Foi encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $R_s = -0,156$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 605$ ).

Quadro 36. Adopção do método clínico centrado no paciente e anos de prática de MGF

Anos de prática de MGF			Scores PPOS			Total
			Pouco centrados	Moderada/centrados	Muito centrados	
0-9	n		62	114	99	275
	%		22,5	41,5	36,0	100,0
10-19	n		22	20	25	67
	%		32,8	29,9	37,3	100,0
20-29	n		85	69	57	211
	%		40,3	32,7	27,0	100,0
≥30	n		19	20	13	52
	%		36,5	38,5	25,0	100,0
Total	n		188	223	194	605
	%		31,1	36,9	32,1	100,0

#### 3.4.4. Método clínico centrado no paciente e local de prática de MGF

As medianas dos scores de resposta à PPOS foram de 4,5 no sector privado, de 4,5 nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e de 4,4 nos restantes locais de prática de MGF. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição dos scores de resposta à PPOS, em função do local de exercício de MGF ( $\chi^2_{KW}(3) = 6,417$ ;  $p = 0,093$ ;  $n = 594$ ).

### 3.4.5. Formação em MGF e adopção do método clínico centrado no paciente

A mediana dos *scores* de respostas à *PPOS* foi de 4,5 entre os médicos que realizaram o Internato da Especialidade e de 4,3 nos restantes médicos, conforme Quadro 37.

Quadro 37. Distribuição dos *scores* de resposta à *PPOS* e realização do Internato da Especialidade de MGF

Especialidade de MGF	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	161	4,3333	3,11	5,50
Sim	442	4,5000	2,61	5,78
Total	603	4,4444	2,61	5,78

Determinou-se o teste de Mann-Whitney, concluindo-se que as diferenças entre os grupos comparativos são estatisticamente significativas ( $U = 39,945$ ;  $p = 0,021$ ;  $n = 603$ ).

O grupo de médicos que referiu ter realizado o Internato da especialidade apresentou a proporção mais elevada de médicos moderadamente ou muito centrados nos pacientes, conforme Quadro 38. Foi encontrada associação, estatisticamente significativa, entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 9,918$ ;  $p = 0,007$ ;  $n = 603$ ).

Quadro 38. Adopção do método clínico centrado no paciente e realização do Internato da especialidade de MGF

Internato da especialidade de MGF			Scores <i>PPOS</i>			Total
			Pouco centrados	Moderada/centrados	Muito centrados	
	Não	n	66	50	45	161
		%	41,0	31,1	28,0	100,0
	Sim	n	122	173	147	442
		%	27,6	39,1	33,3	100,0
Total	n		188	223	192	603
	%		31,2	37,0	31,8	100,0

### 3.4.6. Formação em cessação tabágica e método clínico centrado no paciente

Os médicos que assumiram possuir formação teórica em cessação tabágica apresentaram *scores* medianos de resposta à *PPOS* superiores aos encontrados no grupo de médicos sem formação, conforme Quadro 39.

Quadro 39. Distribuição dos scores de resposta à *PPOS* e formação teórica em cessação tabágica

Formação teórica em Cessação tabágica	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	297	4,3889	3,06	5,67
Sim ≤ a 7 horas	172	4,5000	3,00	5,67
Sim >7 e ≤ 35 horas	84	4,4722	3,33	5,50
Sim > 35 horas	52	4,5833	2,61	5,67
Total	605	4,4444	2,61	5,67

Procedeu-se à análise das diferenças entre as respectivas distribuições, com recurso ao teste de Kruskal-Wallis, concluindo-se que estas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{KW}(3) = 6,969$ ;  $p = 0,073$ ;  $n = 605$ ). No que se refere à formação prática em cessação tabágica, embora o *score* mediano de resposta à *PPOS* fosse superior no grupo com formação, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{KW}(2) = 2,287$ ;  $p = 0,319$ ;  $n = 605$ ).

### 3.4.7. Método clínico centrado no paciente na vertente *caring*

A subescala referente ao cuidar do paciente, denominada *caring* pelo seu autor, revelou uma consistência interna inferior à obtida na *PPOS*, designadamente um alfa de Cronbach:  $\alpha = 0,56$ ;  $\alpha$  estandardizado = 0,62. A afirmação P.22.17, referente ao uso do humor, revelou uma correlação negativa com quatro dos outros itens desta subescala. Se retirado este item, o valor de  $\alpha$  passaria a 0,61. Dado tratar-se de uma diferença pequena optou-se por manter a escala na sua versão original. Em termos globais, foram obtidas 627 respostas à totalidade das afirmações desta subescala. Os *scores* totais (médias aritméticas das respostas à totalidade dos itens) variaram entre 2,9 e 6,0; mediana: 5,0; moda: 5,1; média: 5,0;  $s = 0,52$ . Os tercis da distribuição dos *scores* de resposta a esta subescala assumiram os valores de 4,8 e 5,2.

### 3.4.7.1. Método clínico centrado no paciente na vertente *caring*, em função do sexo e do grupo etário

O sexo feminino apresentou *scores* medianos mais elevados (5,1) do que os encontrados no sexo masculino (4,9) na resposta à subescala *caring*. As diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos revelaram-se estatisticamente significativas ( $U(1) = 51,910$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 626$ ).

Verificou-se existir associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 10,586$ ;  $p = 0,005$ ;  $n = 626$ ).

O grupo de médicos com menos de 45 anos apresentou uma mediana dos *scores* de respostas à subescala *caring*, em função do grupo etário, mais elevada (5,1) do que a observada nos restantes médicos, conforme Quadro 40.

Quadro 40. Distribuição dos *scores* de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente – subescala *caring* - em função do grupo etário

grupo etário	n	Mediana	Mínimo	Máximo
25-34	218	5,1111	2,89	6,00
35-44	89	5,1111	4,00	6,00
45-54	157	5,0000	3,67	6,00
≥ 55	161	4,7778	3,00	6,00
Total	625	5,0000	2,89	6,00

O teste de Kruskal-Wallis confirmou que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos foram estatisticamente significativas ( $\chi^2_{KW}(3) = 26,561$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 625$ ). As comparações múltiplas das médias das ordens permitiram concluir que as diferenças estatisticamente significativas apenas se encontraram entre o grupo com 55 ou mais anos e os restantes grupos etários.

Foi encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $R_s = -0,182$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 625$ ).

### 3.4.7.2. Método clínico centrado no paciente na vertente *caring* e prática de MGF

Apresentam-se no Quadro 41. os *scores* das respostas à subescala *caring*, em função dos anos de prática de MGF.

Quadro 41. Distribuição dos scores de resposta à subescala *caring* em função dos anos de prática de MGF

Anos de Prática de MGF	n	Mediana	Mínimo	Máximo
0-9	282	5,1111	2,89	6,00
10-19	69	5,1111	3,56	6,00
20-29	220	4,8889	3,22	6,00
≥30	53	4,7778	3,00	5,67
Total	624	5,0000	2,89	6,00

O teste de Kruskal-Wallis confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{\text{KW}} (3) = 27,088$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 624$ ).

A mediana dos scores de resposta à subescala *caring* foi de 5,0, à excepção do subgrupo de médicos que referiu trabalhar numa UCSP, que apresentou uma mediana de 4,9.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os scores de resposta à subescala *Caring* e o local de exercício de MGF ( $\chi^2_{\text{KW}} (3) = 2,926$ ;  $p = 0,403$ ;  $n = 613$ ).

#### 3.4.7.4. Método clínico centrado no paciente, na vertente *caring* e Internato da especialidade de MGF

Quem efectuou o Internato da especialidade de MGF apresentou uma mediana de 5,0 nos scores de resposta à subescala *caring*. Quem não realizou este Internato, apresentou uma mediana de 4,9. Calculado o teste Mann-Whitney confirmou-se que as diferenças entre as distribuições das respostas a esta subescala, em função da realização deste Internato, se revelaram estatisticamente significativas ( $U = 44,141$ ;  $p = 0,004$ ;  $n = 623$ ).

Feito o cruzamento das duas variáveis, conforme Quadro 42. verificou-se que o grupo de médicos que realizou o Internato da especialidade se apresentou mais centrado nos pacientes, na vertente *caring*. O Teste de independência de Qui-quadrado confirmou a existência de associação marginalmente significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 6,047$ ;  $p = 0,049$ ;  $n = 623$ ).

Quadro 42. Adopção do Método clínico centrado no paciente, subescala *caring*, em função da realização do Internato da especialidade

Internato da Especialidade de MGF		Subescala <i>Caring</i>			Total
		Pouco centrados	Moderada/centrados	Muito centrados	
Sem Internato	n	79	39	51	169
	%	46,7	23,1	30,2	100,0
Com Internato	n	166	110	178	454
	%	36,6	24,2	39,2	100,0
Total	n	245	149	229	623
	%	39,3	23,9	36,8	100,0

### 3.4.7.5. Método clínico centrado no paciente na vertente *caring* e formação em cessação tabágica

Os médicos com formação teórica em cessação tabágica igual ou inferior a sete horas apresentaram o *score* mediano de resposta à subescala *caring* mais elevado. Apresenta-se no Quadro 43. a distribuição dos *scores* de resposta a esta subescala.

Quadro 43. Adopção do método clínico centrado no paciente, subescala *caring*, em função da formação em cessação tabágica

Formação teórica	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	307	4,8889	2,89	6,00
Sim ≤ a 7 horas	180	5,1111	3,33	6,00
Sim >7 e ≤ 35 horas	86	4,8889	3,44	6,00
Sim > 35 horas	52	5,0000	3,00	6,00
Total	625	5,0000	2,89	6,00

O teste de Kruskal-Wallis confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos em comparação, ( $\chi^2_{KW}(3) = 8,920$ ;  $p = 0,030$ ;  $n = 625$ ): Calculadas as comparações múltiplas de médias das ordens, verificou-se que as diferenças estatisticamente significativas apenas se encontraram entre o grupo sem formação em cessação tabágica e o grupo de médicos com formação igual ou inferior a 7 horas.

No que se refere à formação prática, foi calculado o teste de Kruskal-Wallis, concluindo-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre uma abordagem centrada no cuidar do paciente e a formação prática em cessação tabágica ( $\chi^2_{KW} = 2,425$ ;  $p = 0,297$ ;  $n = 625$ ).

#### 3.4.8. Método clínico centrado no paciente na vertente *sharing*

Analizada a consistência interna da subescala de avaliação da partilha de poder - *sharing* - obteve-se um valor de  $\alpha$  de Cronbach, semelhante ao  $\alpha$  de Cronbach estandardizado, de 0,67. A correlação entre todos os itens foi positiva. Foram obtidas 612 respostas à totalidade da subescala. Os scores totais variaram entre 1,9 e 5,8; mediana: 4,0; moda: 3,8; média: 4,0;  $s = 0,70$ . Os tercis da distribuição das respostas assumiram os valores 3,7 e de 4,2.

##### 3.4.8.1. Método clínico centrado no paciente na vertente *sharing* em função do sexo e do grupo etário

Foi obtida uma mediana de 3,9 nos homens e de 4,0 nas mulheres, na resposta a esta subescala, conforme Quadro 44.

Quadro 44. Distribuição dos scores de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente – subescala *sharing* - em função do sexo

Sexo	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Masc	203	3,8889	2,22	5,44
Fem	408	4,0000	1,89	5,78
Total	611	4,0000	1,89	5,78

Observadas as distribuições das respostas à subescala *sharing* em função da variável sexo, com recurso ao teste de Mann-Whitney, concluiu-se que as diferenças entre os grupos comparativos foram marginalmente significativas ( $U = 42,828$ ;  $p = 0,490$ ;  $n = 611$ ).

Efectuado o cruzamento das duas variáveis, foi encontrada uma associação marginalmente significativa ( $\chi^2(2) = 6,190$ ;  $p = 0,045$ ;  $n = 611$ ).

Relativamente ao posicionamento dos inquiridos na resposta à subescala *sharing* em função do grupo etário, obteve-se uma mediana de 4,0 no grupo etário com menos

de 45 anos e uma mediana de 3,9 nos restantes grupos etários, conforme se confirma no Quadro 45. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em comparação ( $\chi^2_{\text{KW}}(3) = 6,468$ ;  $p = 0,091$ ;  $n = 610$ ).

Quadro 45. Distribuição dos *scores* de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente – subescala *sharing* – em função do grupo etário

Grupo etário	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
25-34	216	4,0000	2,78	5,56
35-44	85	4,0000	1,89	5,78
45-54	149	3,8889	2,22	5,67
>=55	160	3,8889	1,89	5,44
Total	610	4,0000	1,89	5,78

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = -0,107$ ;  $p < 0,008$ ;  $n = 610$ ).

### 3.4.8.2. Método clínico centrado no paciente na vertente *sharing* e anos de prática de MGF e local de prática

Apresenta-se no Quadro 46. a distribuição dos *scores* de resposta à subescala *sharing* em função dos anos de prática de MGF, verificando-se que os médicos com menos de vinte anos de prática se revelaram mais centrados nos pacientes na vertente *caring*.

Quadro 46. Distribuição dos *scores* de resposta à escala de avaliação do método clínico centrado no paciente – subescala *sharing* – em função dos anos de prática de MGF

Anos de prática de MGF	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
0-9	275	4,0000	2,22	5,56
10-19	69	4,0000	1,89	5,78
20-29	213	3,8889	1,89	5,67
≥ 30	53	3,8889	2,33	5,33
Total	610	4,0000	1,89	5,78



Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em comparação ( $\chi^2_{\text{KW}}(3) = 4,849$ ;  $p = 0,183$ ;  $n = 610$ ).

Foi encontrada uma correlação negativa, muito fraca, estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $R_s = -0,098$ ;  $p < 0,015$ ;  $n = 610$ ).

Analisado o posicionamento dos inquiridos na resposta à subescala *sharing* em função do local de exercício de MGF, a mediana dos scores de resposta mais elevada (4,0) foi encontrada no grupo de médicos que referiu trabalhar numa USF.

A mediana obtida entre os médicos que referiram trabalhar numa UCSP ou no sector privado foi de 3,9 e em outros serviços do SNS foi de 3,7, embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{\text{KW}} = 37,821$ ;  $p = 0,375$ ;  $n = 608$ ).

#### **3.4.8.3. Método clínico centrado no paciente na vertente *sharing* e formação em MGF**

Obteve-se uma mediana de 4,0 na resposta à subescala *sharing* no grupo de médicos que realizou o Internato de MGF e uma mediana de 3,9 nos restantes médicos. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $U = 37,821$ ;  $p = 0,375$ ;  $n = 608$ ).

#### **3.4.8.4. Método clínico centrado no paciente na vertente *Sharing* e formação em cessação tabágica**

Obteve-se uma mediana de 4,0 nos scores de resposta à subescala *sharing*, no grupo de médicos que referiu ter formação teórica em cessação tabágica, e uma mediana de 3,9 nos restantes médicos. Não foram encontradas diferenças entre as distribuições dos grupos em comparação ( $\chi^2_{\text{KW}}(3) = 3,313$ ;  $p = 0,346$ ;  $n = 610$ ).

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = -0,070$ ;  $p < 0,086$ ;  $n = 610$ ).

Entre os médicos sem formação prática em cessação tabágica foi obtida uma mediana de 3,9 nos scores de resposta a esta subescala e uma mediana de 4,0 entre os médicos com formação prática. Não foram encontradas diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{\text{KW}}(2) = 0,993$ ;  $p = 0,609$ ;  $n = 610$ ).

Também não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as distribuições dos scores de resposta à subescala *sharing* em função da posse de formação prática em cessação tabágica ( $R_s = -0,044$ ;  $p < 0,273$ ;  $n = 610$ ).

### 3.5. Importância atribuída à cessação tabágica

A importância atribuída pelos médicos ao consumo de tabaco, enquanto problema de saúde, e à cessação tabágica, na melhoria da saúde dos pacientes, foi avaliada com recurso a três afirmações, com cinco opções de resposta de tipo Likert, de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, conforme Quadro 47.

Quadro 47. Distribuição das respostas às afirmações sobre a importância da cessação tabágica

Importância	Concordo total/	Concordo parcial/	Nem conc. n/ discordo	Discordo parcial/	Discordo total/
Parar de fumar é a opção mais importante que um fumador pode fazer para melhorar a sua saúde	72,0%	25,5%	1,1%	0,9%	0,5%
Fumar é um factor de risco pouco importante quando comparado com outros problemas de saúde	1,1%	2,4%	1,7%	17,5%	77,3%
A dependência do consumo de tabaco deve ser encarada como uma doença crónica recidivante	70,8%	23,2%	2,8%	1,9%	1,3%

Verificou-se que 45,1% dos médicos atribuíram uma elevada importância à cessação tabágica, traduzida pela atribuição da pontuação máxima (5) às três afirmações anteriores.

#### 3.5.1. Grau de importância atribuído à cessação tabágica e sexo, grupo etário e anos de prática de MGF

Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre as distribuições dos grupos comparativos em função da atribuição de importância elevada à cessação tabágica e o sexo, o grupo etário, os anos de prática e o local de prática de MGF.

### 3.5.2. Grau de importância atribuído à cessação tabágica e formação em MGF

Cerca de metade dos respondentes (45,8%) que realizaram o Internato da especialidade e 43,9% dos restantes médicos, atribuíram importância elevada ao consumo de tabaco e à cessação tabágica na melhoria da saúde dos seus pacientes, concordando totalmente com as três afirmações. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na atribuição de importância à cessação tabágica, em função da realização do Internato da especialidade ( $\chi^2_c(1) = 0,112$ ;  $p = 0,738$ ;  $n = 630$ ).

### 3.5.3. Grau de importância atribuído à cessação tabágica e formação em cessação tabágica

Dos respondentes sem formação teórica em cessação tabágica apenas 39,1% atribuíram importância elevada à cessação tabágica na melhoria da saúde dos seus pacientes. Este valor registou um aumento progressivo, em função das horas de formação, conforme Quadro 48., atingindo os 58,8%, no grupo com mais de 35 horas de formação.

A relação entre as duas variáveis revelou-se estatisticamente significativa ( $\chi^2(3) = 12,716$ ;  $p = 0,005$ ;  $n = 631$ ).

Quadro 48. Grau de importância atribuído à cessação tabágica e formação em cessação tabágica

Formação		Grau de importância		
		Baixo /moderado	Elevado	Total
Não	n	190	122	312
	%	60,9	39,1	100,0
Sim ≤ a 7 horas	n	96	86	182
	%	52,7	47,3	100,0
Sim >7 e ≤ 35 horas	n	38	48	86
	%	44,2	55,8	100,0
Sim > 35 horas	n	21	30	51
	%	41,2	58,8	100,0
Total	n	345	286	631
	%	54,7	45,3	100,0

Dos médicos que referiram ter realizado formação prática em cessação tabágica, cerca de metade (51,3%) atribuiu importância elevada à cessação tabágica. Este valor foi ligeiramente inferior nos restantes médicos (43,8%). Não se encontrou relação entre as duas variáveis estatisticamente significativa, ( $\chi^2(2) = 2,174$ ;  $p = 0,337$ ;  $n = 631$ ).

#### 3.5.4. Importância atribuída à cessação tabágica e consumo de tabaco

Verificou-se que 48,9% dos médicos que referiram ser ex-fumadores, 45,7% dos que referiram nunca ter fumado e 38,7% dos que afirmaram ser fumadores atribuíram importância elevada à cessação tabágica. Porém, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco e o grau de importância atribuído à cessação tabágica, ( $\chi^2(2) = 2,578$ ;  $p = 0,276$ ;  $n = 631$ ).

#### 3.5.5. Abordagem centrada no paciente e importância atribuída à cessação tabágica

Atribuíram importância elevada à cessação tabágica 39,5% dos médicos menos centrados nos pacientes, 43,8% dos médicos moderadamente centrados nos pacientes e 52,3% dos médicos muito centrados nos pacientes, conforme Quadro 49. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 6,615$ ;  $p = 0,037$ ;  $n = 602$ ).

Quadro 49. Método clínico centrado no paciente e atribuição de importância à cessação tabágica.

PPOS		Importância moderada ou baixa	Importância elevada	Total
Pouco centrados	<i>n</i>	112	73	185
	%	60,5	39,5	100,0
Moderada/centrados	<i>n</i>	126	98	224
	%	56,2	43,8	100,0
Muito centrados	<i>n</i>	92	101	193
	%	47,7	52,3	100,0
Total	<i>n</i>	330	272	602
	%	54,8	45,2	100,0

### 3.6. Papel atribuído ao Médico de MGF na cessação tabágica

A percepção sobre o papel do médico de MGF relativamente ao aconselhamento dos fumadores para a cessação tabágica foi avaliada com recurso a cinco afirmações de tipo Likert, com cinco opções de resposta, conforme Quadro 50.

Quadro 50. Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Afirmação	Concordo Total/	Concordo parcial	Nem conc. nem disc.	Discordo parcial	Discordo total/
O aconselhamento para a cessação tabágica dos pacientes é uma tarefa que faz parte das atribuições do médico especialista em MGF.	91,8%	6,6%	0,3%	0,9%	0,3%
Aconselhar os fumadores a parar de fumar só se justifica quando existem doenças associadas ou agravadas pelo consumo de tabaco.	0,8%	1,4%	0,6%	7,9%	89,3%
Devem aproveitar-se todas as oportunidades para aconselhar os pacientes fumadores a parar de fumar.	75,8%	19,3%	2,2%	2,5%	0,2%
A gravidez, o nascimento de um filho ou de um neto são momentos que devem ser sempre aproveitados para aconselhar os pacientes fumadores a parar de fumar.	87,7%	10,4%	0,9%	0,6%	0,3%
Os pacientes que pedem apoio para parar de fumar devem ser encaminhados para uma consulta de cessação tabágica.	34,2%	36,9%	8,9%	14,6%	5,5%

A afirmação “os fumadores que pedem apoio devem ser encaminhados para uma consulta de cessação tabágica” suscitou respostas contraditórias, não se revelando consistente com as restantes quatro afirmações, pelo que não foi incluída na escala. Utilizou-se, assim, um *score* de avaliação do papel do médico na cessação tabágica, tendo por base a média aritmética das pontuações obtidas nas respostas às quatro afirmações que se revelaram mais homogéneas (alfa de Cronbach:  $\alpha = 0,58$ ;  $\alpha$  estandardizado = 0,60).

Atribuíram uma pontuação máxima às quatro afirmações incluídas na escala 64,6% dos respondentes (n= 632).

Observados os *scores* de resposta a esta escala, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, nas respectivas distribuições, em função das variáveis sexo, grupo etário, anos de prática, ter realizado o internato da especialidade de MGF e local de prática de MGF.

No que se refere ao posicionamento dos respondentes relativamente à afirmação não incluída na escala – “os pacientes que pedem apoio para parar de fumar devem ser encaminhados para uma consulta de cessação tabágica” –, foi encontrada uma maioria de respondentes (36,9%) que referiu concordar em parte, seguida de 34,2% de respondentes que concordaram totalmente com esta afirmação. Houve, no entanto, 14,6% de médicos que discordaram em parte e 5,5% que discordaram totalmente desta afirmação, conforme Quadro 50.

### 3.6.1. Formação em cessação tabágica e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Relativamente aos *scores* de resposta à escala referente ao papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica, em função da posse de formação neste domínio, obteve-se um valor mediano de 5,0, conforme se pode ver no Quadro 51.

Quadro 51. Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica e formação teórica

Formação	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	311	5,000	2,00	5,00
Sim ≤ a 7 h	182	5,000	3,50	5,00
Sim >7 e ≤ 35 h	86	5,000	3,25	5,00
Sim > 35 h	50	5,000	4,00	5,00
Total	629	5,000	2,00	5,00

Determinou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(3) = 13,447$ ;  $p = 0,004$ ;  $n = 629$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, verificando-se que a diferença estatisticamente significativa se situou entre o grupo de médicos sem formação e o grupo de médicos com formação superior a 35 horas.

Feito o cruzamento das duas variáveis verificou-se que 82,0% dos médicos com mais de 35 horas de formação teórica atribuíram um papel muito importante ao médico

de MGF na cessação tabágica, valor superior ao encontrado entre os médicos sem formação, ou com formação inferior a 35 horas, conforme Quadro 52, ( $\chi^2 (3) = 11,476$ ;  $p = 0,009$ ;  $n = 629$ ).

Quadro 52. Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica e formação teórica

Formação teórica em cessação tabágica		papel moderado a baixo	papel elevado	Total
Não	n	126	185	311
	%	40,5	59,5	100,0
Sim $\leq$ a 7 h.	n	61	121	182
	%	33,5	66,5	100,0
Sim $>7$ e $\leq$ 35 h.	n	26	60	86
	%	30,2	69,8	100,0%
Sim $>$ 35 h.	n	9	41	50
	%	18,0	82,0	100,0
Total	n	222	407	629
	%	35,3	64,7	100,0

Analizados os *scores* de resposta à escala referente ao papel do médico de MGF na cessação tabágica, em função da variável ter formação prática em cessação tabágica, obteve-se um valor mediano de 5,0 conforme se pode ver no Quadro 53.

Quadro 53. Papel atribuído ao médico de MGF e formação prática em cessação tabágica

Formação prática	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	512	5,0000	2,00	5,00
$\leq$ 35 h	90	5,0000	3,75	5,00
$>35$ h	27	5,0000	4,50	5,00
Total	629	5,0000	2,00	5,00

Determinou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 11,876$ ;  $p = 0,003$ ;  $n = 629$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, confirmando-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos.

Verificou-se, ainda, que a diferença estatisticamente significativa se situa entre o grupo de médicos sem formação prática e o grupo de médicos com formação prática superior a 35 horas.

Cerca de 88,9% dos médicos com formação prática superior a 35 horas e 77,4% dos médicos com formação prática inferior ou igual a 35 horas atribuíram um papel muito importante ao médico de MGF na cessação tabágica. Este valor foi de 61,9% entre os médicos sem este tipo de formação ( $\chi^2(2) = 12,418$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 629$ ).

### 3.6.2. Consumo de tabaco e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Os médicos que referiram ser fumadores apresentaram um *score* médio de resposta à escala referente ao papel do médico na cessação tabágica inferior ao verificado nos restantes grupos, conforme Quadro 54.

Quadro 54: Consumo de tabaco e scores de resposta à escala de avaliação do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Consumo de tabaco	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Nunca fumadores	391	4,8261	5,0000	2,00	5,00
Ex-fumadores	132	4,8333	5,0000	3,25	5,00
Fumadores	106	4,7335	5,0000	2,75	5,00
Total	629	4,8120	5,0000	2,00	5,00

Verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos *scores* de resposta à escala sobre o papel do médico e o consumo de tabaco ( $\chi^2_{KW}(2) = 7,149$ ;  $p = 0,028$ ;  $n = 629$ ). Verificou-se, ainda, que a diferença de distribuições estatisticamente significativa teve lugar entre o grupo que referiu nunca ter fumado e o grupo de médicos que referiu fumar, conforme figura 12.



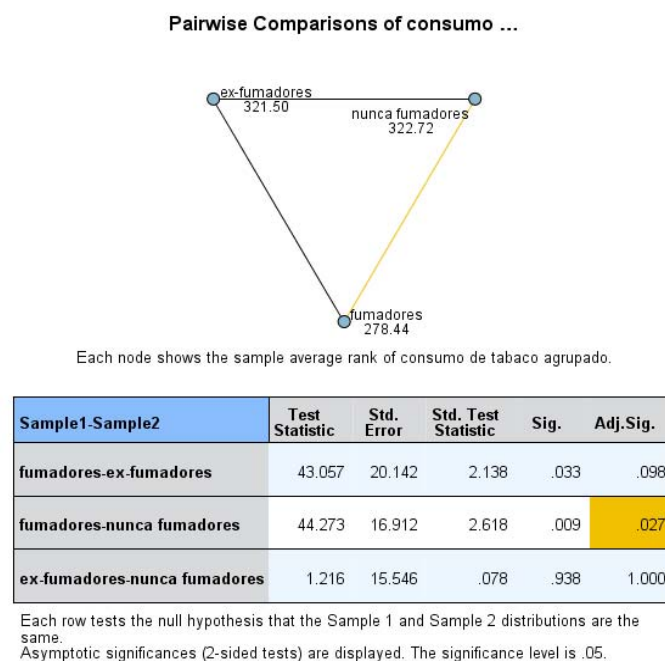


Figura 12. Consumo de tabaco e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica. Resultados estatísticos da comparação múltipla de médias das ordens (PASW *statistics*18, 2010).

Entre os médicos que referiram nunca ter fumado, 67,0% estiveram totalmente de acordo ser papel do médico de MGF intervir na cessação tabágica. Este valor foi de 53,8% no grupo de médicos que referiram fumar e de 66,7% no grupo de médicos que referiram ser ex-fumadores ( $\chi^2(2) = 6,677$ ;  $p = 0,035$ ;  $n = 629$ ).

### 3.7. Atitudes positivas face à cessação tabágica

#### 3.7.1. Escala de avaliação das atitudes positivas face à cessação tabágica

Para avaliação das atitudes dos médicos relativamente à cessação tabágica utilizou-se uma escala com oito afirmações de tipo Likert, com cinco opções de resposta, de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, conforme Quadro 55. Esta escala revelou uma boa consistência interna – índice alfa de Cronbach:  $\alpha = 0,75$ ;  $\alpha$  standardizado = 0,76. Todos os itens se correlacionaram positivamente com a escala global.

Os tercis da distribuição dos *scores* de resposta a esta escala assumiram os valores de 4,0 e 4,4. Situar-se no terço inferior, com menor nível de atitudes positivas 247 (39,5%) médicos e no terço superior 205 (32,8%). Quatorze médicos não responderam integralmente a esta escala.

Quadro 55. Atitudes positivas face à cessação tabágica

Atitudes positivas	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
Apoiar os pacientes a parar de fumar é um bom investimento do tempo de consulta.	4 0,6%	4 0,6%	19 3,0%	179 28,2%	428 67,5%
O conselho e o apoio do médico de família são uma das formas mais efectivas de conseguir que um fumador pare de fumar.	3 0,5%	13 2,1%	56 8,8%	293 46,3%	268 42,3%
Ajudar os pacientes fumadores a parar de fumar é uma tarefa muito gratificante.	5 0,8%	45 7,1%	69 10,9%	198 31,2%	317 50,0%
Os fumadores esperam que o seu médico de família os aconselhe a parar de fumar.	7 1,1%	27 4,3%	140 22,2%	242 38,3%	215 34,1%
Os fumadores apreciam que o seu médico de família os aconselhe a parar de fumar.	6 1,0%	28 4,4%	136 21,6%	264 41,9%	196 31,1%
A maioria dos pacientes fumadores deseja parar de fumar.	29 4,6%	142 22,4%	142 22,4%	246 38,8%	75 11,8%
A recaída na cessação tabágica não deve ser encarada como um insucesso.	10 1,6%	45 7,1%	56 8,9%	242 38,2%	280 44,2%
Sempre que um fumador recai, o médico deve voltar a aconselhá-lo a parar de fumar.		4 0,6%	11 1,7%	102 16,1%	516 81,5%

### 3.7.2. Atitudes positivas face à cessação tabágica e sexo

Situaram-se no grupo com *scores* de atitudes positivas mais elevados 31,2% dos respondentes do sexo masculino e 33,7% do sexo feminino. Não se encontraram diferenças entre as distribuições dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas, em função do sexo ( $U = 45,064$ ;  $p = 0,315$ ;  $n = 624$ ). Feito o cruzamento das duas variáveis, não foi encontrada associação, estatisticamente significativa, entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 0,425$ ;  $p = 0,809$ ;  $n = 624$ ).

### 3.7.3. Atitudes positivas face à cessação tabágica e grupo etário

Verificou-se que o grupo etário mais jovem, com menos de 35 anos, apresentou um *score* mediano de atitudes positivas face à cessação tabágica (4,1) inferior ao encontrado nos restantes grupos etários (4,2), conforme Quadro 56. Confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em comparação, com o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(3) = 12,238$ ;  $p = 0,07$ ;  $n = 623$ ).

Quadro 56. *Scores* de resposta à escala de atitudes positivas e grupo etário

Grupo etário	n	Mediana	Mínimo	Máximo
25-34	219	4,0862	2,88	5,00
35-44	88	4,2372	2,88	5,00
45-54	155	4,2306	2,75	5,00
>=55	161	4,1832	1,25	5,00
Total	623	4,1685	1,25	5,00

Analisado o cruzamento de ambas as variáveis, verificou-se que 44,3% dos médicos com menos de 35 anos apresentaram *scores* de atitudes positivas inferiores aos dos restantes médicos. Os médicos com idades entre os 45 e os 54 anos apresentaram os *scores* de atitudes positivas mais elevados. No grupo de médicos com menos de 35 anos, apenas 24,2% se situaram no nível mais elevado de atitudes positivas, conforme se pode ver no Quadro 57., existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $R_s = 0,114$ ;  $p = 0,004$ ;  $n = 623$ ).

Quadro 57: Distribuição dos scores de resposta à escala de atitudes positivas em função do grupo etário.

Grupo etário			Nível de Atitudes positivas			Total
			Baixo	Moderado	Elevado	
25-34	n		97	69	53	219
	%		44,3	31,5	24,2	100,0
35-44	n		30	29	29	88
	%		34,1	33,0	33,0	100,0
45-54	n		61	28	66	155
	%		39,4	18,1	42,6	100,0
≥ 55	n		58	46	57	161
	%		36,0	28,6	35,4	100,0
Total	n		246	172	205	623
	%		39,5	27,6	32,9	100,0

#### 3.7.4. Atitudes positivas face à cessação tabágica e anos de prática de MGF

Os médicos com menos de 10 anos de prática apresentaram um *score* mediano de atitudes positivas face à cessação tabágica inferior ao encontrado nos restantes grupos, conforme Quadro 58.

Quadro 58. Scores de resposta à escala de atitudes positivas e anos de prática de MGF.

Anos de prática de MGF	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
0-9	282	4,1250	2,88	5,00
10-19	71	4,3750	3,13	5,00
20-29	219	4,2500	1,25	5,00
≥ 30	50	4,3750	3,00	5,00
Total	622	4,2500	1,25	5,00

Confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{KW}(3) = 9,682$ ;  $p = 0,021$ ;  $n = 622$ ). Efectuado o cruzamento entre as duas variáveis, verificou-se que apenas 26,2% dos médicos com menos de dez anos de prática apresentaram *scores* de atitudes positivas face à cessação tabágica elevados, conforme se pode ver no Quadro 59., existindo

associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,127$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 625$ ).

Quadro 59. Distribuição dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas em função dos anos de prática de MGF

Anos de prática de MGF		Nível de atitudes positivas			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
0-9	n	117	91	74	282
	%	41,5	32,3	26,2	100,0
10-19	n	25	18	28	71
	%	35,2	25,4	39,4	100,0
20-29	n	91	44	84	219
	%	41,6	20,1	38,4	100,0
≥30	n	12	19	19	50
	%	24,0	38,0	38,0	100,0
Total	n	245	172	205	622
	%	39,4	27,7	33,0	100,0

### 3.7.5. Atitudes positivas face à cessação tabágica e local de exercício

As medianas dos *scores* das respostas à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica, em função do local de prática, foram semelhantes (4,3), à excepção dos “outros serviços do SNS” (4,0). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{KW}(3) = 7,542$ ;  $p = 0,056$ ;  $n = 612$ ).

### 3.7.6. Atitudes positivas face à cessação tabágica e formação em MGF

O grupo de médicos que referiu ter realizado o Internato da especialidade de MGF apresentou uma mediana dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica ligeiramente superior à encontrada nos restantes médicos, conforme Quadro 60.

Quadro 60. Atitudes positivas face à cessação tabágica e Internato da Especialidade de MGF

Internato Especialidade		<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
	Não	167	4,1115	2,00	5,00
	Sim	454	4,1933	2,88	5,00
	Total	621	4,1713	2,00	5,00

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos comparativos, teste de Mann-Whitney ( $U = 40,679$ ;  $p = 0,161$ ;  $n = 621$ ). O teste de independência de Qui-quadrado, com base nos tercis de distribuição dos *scores* de resposta à escala de atitudes em função da realização do Internato da especialidade de MGF não revelou a existência de associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 2,610$ ;  $p = 0,271$ ;  $n = 621$ ).

### 3.7.7. Atitudes positivas e formação em cessação tabágica

O grupo de médicos que referiu ter formação em cessação tabágica superior a 35 horas apresentou uma mediana dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas superior à encontrada nos restantes médicos, conforme Quadro 61.

Quadro 61. Atitudes positivas e formação teórica em cessação tabágica

Formação teórica	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	308	4,0958	1,25	5,00
Sim ≤ a 7 h	108	4,1833	2,88	5,00
Sim >7 e ≤ 35 h	85	4,2471	3,13	5,00
Sim > 35 h	50	4,3925	3,50	5,00
Total	623	4,1655	1,25	5,00

O teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (3) = 15,403$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 623$ ), confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos comparativos. Verificou-se que 29,2% dos médicos sem formação teórica em cessação tabágica, apresentaram *scores* de atitudes positivas elevados. Esse valor aumentou

progressivamente em função das horas de formação, atingindo os 54,0%, no grupo com mais de 35 horas de formação teórica, conforme Quadro 62. Confirmou-se a existência de associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $R_s = 0,132$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ).

Quadro 62. Distribuição dos scores de resposta à escala de atitudes positivas e formação teórica em cessação tabágica

Formação teórica		Nível de atitudes positivas			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
Sem formação	n	137	81	90	308
	%	44,5	26,3	29,2	100,0
Com formação	n	72	52	56	180
	%	40,0	28,9	31,1	100,0
≤ a 7 horas	n	28	26	31	85
	%	32,9	30,6	36,5	100,0
>7 e ≤ 35 h	n	10	13	27	50
	%	20,0	26,0	54,0	100,0
> 35 h	n	247	172	204	623
	%	39,6	27,6	32,7	100,0

Os médicos com formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas apresentaram uma mediana dos scores de resposta à escala de atitudes positivas superior à dos restantes médicos, conforme Quadro 63. No entanto não se confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos: teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 5,082$ ;  $p = 0,079$ ;  $n = 624$ ).

Quadro 63. Distribuição dos respondentes em função da formação prática em cessação tabágica

Formação prática	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	510	4,2500	1,25	5,00
Sim ≤ 35 h	88	4,2500	3,25	5,00
Sim > 35h	26	4,5000	3,13	5,00
Total	624	4,2500	1,25	5,00

Efectuado o cruzamento de ambas as variáveis, conforme Quadro 64, verificou-se que 53,8% dos médicos, com formação prática superior a 35 horas, apresentaram *scores* elevados de atitudes positivas, existindo, associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(4) = 10,844$ ;  $p = 0,028$ ;  $n = 624$ ).

Quadro 64. Nível de atitudes positivas em função da formação prática em cessação tabágica

Formação Prática		Nível de atitudes positivas			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
Sem formação	n	212	133	165	510
	%	41,6	26,1	32,4	100,0
Formação ≤ 35 h	n	29	33	26	88
	%	33,0	37,5	29,5	100,0
Formação >35 h	n	6	6	14	26
	%	23,1	23,1	53,8	100,0
Total	n	247	172	205	624
	%	39,6	27,6	32,9	100,0

### 3.7.8. Atitudes positivas face à cessação tabágica e consumo de tabaco

Os médicos que referiram fumar apresentaram um valor mediano dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas inferior ao dos restantes médicos, não fumadores e ex-fumadores, conforme Quadro 65. No entanto, o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 1,726$ ;  $p = 0,422$ ;  $n = 623$ ), mostrou que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos não são estatisticamente significativas.

Quadro 65. *Scores* de resposta à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica em função do consumo de tabaco

Consumo de tabaco	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Nunca fumadores	387	4,1557	1,25	5,00
Ex-fumadores	131	4,2214	2,25	5,00
Fumadores	105	4,1357	2,88	5,00
Total	623	4,1661	1,25	5,00



### 3.7.9. Associação entre o método clínico centrado no paciente e atitudes positivas face à cessação tabágica

Analizadas as medianas dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas em função das respostas à *PPOS*, verificou-se que o grupo que se apresenta menos centrado nos pacientes apresentou *scores* inferiores aos dos restantes grupos, conforme Quadro 66.

Quadro 66. Scores de resposta à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica em função do método clínico centrado no paciente

PPOS scores	n	Mediana	Mínimo	Máximo
≤ 4,22	180	4,0597	2,00	5,00
> 4,22 a 4,67	223	4,1928	2,88	5,00
> 4,67	191	4,2330	1,25	5,00
Total	594	4,1654	1,25	5,00

O teste de Kruskal-Wallis confirmou que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos são estatisticamente significativas. ( $\chi^2_{KW}(2) = 9,775$ ;  $p = 0,008$ ;  $n = 594$ ). Analizadas as comparações múltiplas das médias das ordens verificou-se que a diferença estatisticamente significativa se situou entre as distribuições do grupo menos centrado nos pacientes e do grupo mais centrado nos pacientes. Confirmou-se a existência de correlação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,142$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 594$ )

### 3.7.10. Associação entre o método clínico centrado no paciente – subescala *caring* - e atitudes positivas face à cessação tabágica

O grupo de médicos mais centrados nos pacientes na perspectiva do cuidar apresentou um *score* mediano de resposta à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica (4,4) superior ao encontrado nos restantes médicos (4,1).

O teste de Kruskal-Wallis confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica em função dos tercis das respostas à subescala *caring* ( $\chi^2_{KW}(2) = 26,892$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 614$ ). As diferenças são significativas entre o grupo menos centrado nos pacientes e o grupo mais centrado nos pacientes, bem como entre

o grupo moderadamente centrado e o grupo muito centrado nos pacientes, conforme Figura 13.

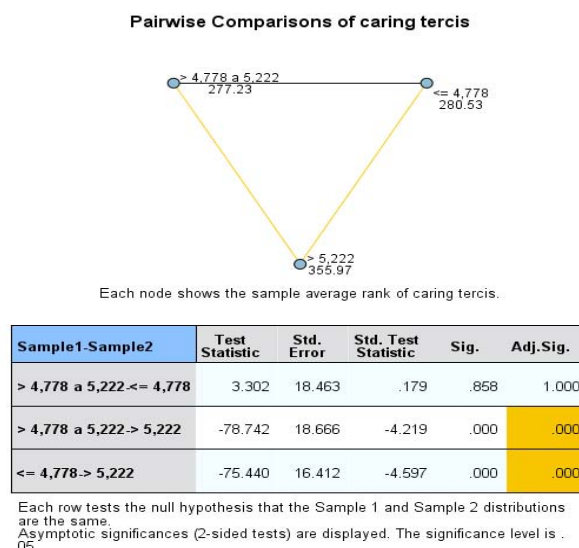


Figura 13. Método clínico centrado no paciente – subescala *caring* - e atitudes positivas face à cessação tabágica. Comparações múltiplas das médias das ordens (PAWS statistics 18, 2010).

Verificou-se que 40,7% dos médicos mais centrados nos pacientes na vertente *caring* apresentaram o nível mais elevado de atitudes positivas face à cessação tabágica. Pelo contrário, cerca de 47% dos médicos moderadamente, ou menos centrados nos pacientes, apresentaram o nível mais baixo de atitudes positivas. Foi encontrada uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre as duas variáveis ( $R_s = 0,178$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 614$ ).

### 3.7.11. Associação entre o método clínico centrado no paciente – subescala *sharing* – e atitudes positivas face à cessação tabágica

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos scores de resposta à escala de atitudes positivas em função das respostas à subescala *sharing* ( $\chi^2_{KW}(2) = 3,604$ ;  $p = 0,165$ ;  $n = 599$ ). Não se confirmou a existência de correlação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,074$ ;  $p = 0,071$ ;  $n = 599$ ).

## 3.7.12. Atitudes positivas e importância atribuída à cessação tabágica

Os médicos que atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica apresentaram um *score* mediano de resposta à escala de atitudes positivas (4,4) superior ao encontrado nos restantes médicos (4,0). Uma vez aplicado o teste de Mann-Whitney, concluiu-se que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos foram estatisticamente significativas ( $U(1) = 68,919$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 625$ ).

Conforme se pode ver no Quadro 67., 68,6% dos respondentes que apresentaram o nível mais elevado de atitudes positivas atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica. Foi encontrada associação entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 73,251$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 625$ ).

Quadro 67. Atitudes positivas em função da Importância atribuída à cessação tabágica

Scores de atitudes positivas		Importância máxima		total
		Moderada ou baixa	Importância elevada	
≤ 4,00	n	175	72	247
	%	70,9%	29,1%	100,0%
> 4,00 a 4,375	n	103	70	173
	%	59,5%	40,5%	100,0%
> 4,375	n	64	141	205
	%	31,2%	68,8%	100,0%
total	n	342	283	625
	%	54,7%	45,3%	100,0%

## 3.7.13. Atitudes positivas e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

O grupo de médicos com o nível de atitudes positivas mais baixo apresentou, igualmente, a mediana mais baixa em termos de papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica, conforme se pode ver no Quadro 68.

Quadro 68. Scores atribuídos ao papel do médico em função do nível de atitudes positivas

Nível de atitudes positivas	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Baixo	247	4,7500	2,00	5,00
Moderado	172	5,0000	3,25	5,00
Elevado	204	5,0000	4,00	5,00
Total	623	5,0000	2,00	5,00

O teste de Kruskal-Wallis confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{KW}(2) = 87,047$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ). A comparação múltipla de médias das ordens confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos comparativos. Cerca de 85% dos respondentes que apresentaram o nível mais elevado de atitudes positivas face à cessação tabágica, consideraram ser papel do médico de MGF a intervenção nesta área, conforme Quadro 69. Foi encontrada associação entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 77,697$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ).

Quadro 69. Atitudes positivas face à cessação tabágica e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Nível de atitudes positivas		papel atribuído moderado a baixo	papel atribuído elevado	Total
Baixo	n	134	113	247
	%	54,3	45,7	100,0
Moderado	n	55	117	172
	%	32,0	68,0	100,0
Elevado	n	30	174	204
	%	14,7	85,3	100,0
Total	n	219	404	623
	%	35,2	64,8	100,0

### 3.8. Atitudes negativas face à cessação tabágica

#### 3.8.1. Escala de atitudes negativas

Para avaliação das atitudes negativas dos médicos relativamente à cessação tabágica, utilizou-se uma escala com oito afirmações de tipo Likert, com cinco opções de resposta, conforme Quadro 70. Esta escala apresentou um alfa de Cronbach de 0,70, *standardizado* de 0,71. Todos os itens se correlacionaram positivamente com a escala global. Calculados os tercís da distribuição dos scores de resposta a esta escala, obtiveram-se os valores de 1,6 e 2,1.

Quadro 70. Atitudes negativas face à cessação tabágica

Atitudes negativas	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
Ajudar os fumadores a parar de fumar é uma tarefa pouco gratificante.	309 48,4%	156 24,6	70 11,0%	88 13,9%	12 1,9%
As taxas de sucesso da cessação tabágica são tão baixas que não vale a pena dar prioridade ao aconselhamento dos fumadores.	449 70,6%	125 19,7%	29 4,6%	18 2,8%	15 2,4%
Os fumadores não gostam de ser aconselhados a parar de fumar pelo seu médico de família.	300 47,2%	187 29,4%	94 14,8%	48 7,6%	6 0,9%
Aconselhar repetidamente os fumadores pode perturbar negativamente a relação médico-paciente.	223 35,1%	166 26,1%	86 13,5%	140 22,0%	21 3,3%
Abordar a questão do tabaco com os fumadores que não querem parar de fumar é um mau uso do tempo da consulta de MGF.	290 45,6%	215 33,8%	49 7,7%	70 11,0%	12 1,9%
Tomar a iniciativa de aconselhar os fumadores a parar de fumar é uma intromissão indevida nas suas opções individuais.	459 72,2%	126 19,7%	23 3,6%	26 4,1%	3 0,5%
A maioria dos fumadores consegue parar de fumar sem necessidade de apoio médico.	164 25,8%	275 43,0%	99 15,5%	90 14,2%	8 1,3%
A maioria dos fumadores não quer parar de fumar.	137 21,6%	223 35,1%	120 18,9%	138 21,7%	17 2,7%

### 3.8.2. Atitudes negativas em função do sexo e do grupo etário

Verificou-se que o sexo masculino apresentou um *score* mediano de resposta à escala de atitudes negativas face à cessação tabágica mais elevado (2,0) do que o encontrado no sexo feminino (1,9). Calculado o teste de Mann-Whitney, confirmou-se que as diferenças nas distribuições dos grupos comparativos se revelaram estatisticamente significativas ( $U = 37,446$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 632$ ).

Cerca de 39% das mulheres e 28,4% dos homens apresentaram o nível mais baixo de atitudes negativas face à cessação tabágica. Cerca de 36% dos homens e 29,2% das mulheres apresentaram o nível mais elevado, confirmando-se a existência de associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2 (2) = 6,915$ ;  $p = 0,032$ ;  $n = 632$ ).

O grupo etário dos 35 aos 44 anos apresentou o *score* mediano de atitudes negativas face à cessação tabágica mais baixo (1,8). O grupo com 55 ou mais anos apresentou o *score* mais elevado (2,0). Os restantes médicos apresentaram um *score* intermédio (1,9). O teste de Kruskal-Wallis permitiu confirmar existirem diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos em comparação ( $\chi^2_{KW}(3) = 13,152$ ;  $p = 0,004$ ;  $n = 631$ ). As diferenças significativas verificaram-se, apenas, entre o grupo dos 35 aos 44 anos e o grupo com 55 ou mais anos.

Quadro 71. Atitudes negativas face à cessação tabágica em função do grupo etário

Grupo etário (anos)		Tercis de atitudes negativas			Total
		$\leq 1,625$	$>1,625$ a $2,125$	$>2,125$	
25-34	n	75	80	64	219
	%	34,2%	36,5%	29,2%	100,0%
35-44	n	40	22	26	88
	%	45,5%	25,0%	29,5%	100,0%
45-54	n	62	50	48	160
	%	38,8%	31,3%	30,0%	100,0%
$\geq 55$	n	47	58	59	164
	%	28,7%	35,4%	36,0%	100,0%
Total	n	224	210	197	631
	%	35,5%	33,3%	31,2%	100,0%

Feito o cruzamento das duas variáveis, conforme Quadro 71. verificou-se que cerca de metade dos médicos, com idades entre os 35 e os 44 anos, apresentaram um nível de atitudes negativas face à cessação tabágica baixo. O grupo com mais de 55 anos apresentou o nível de atitudes negativas mais elevado (36,0%). Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,088$ ;  $p < 0,027$ ;  $n = 631$ ).

### 3.8.3. Atitudes negativas, anos de prática de MGF e local de prática

O grupo de médicos com dez a dezanove anos de prática apresentou o *score* de atitudes negativas mais baixo (1,8) e o grupo com trinta ou mais anos de prática o *score* mais elevado (2,0). Os grupos dos 0-9 anos e dos 20-29 anos apresentaram um *score* intermédio (1,9). Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis, que permitiu concluir não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{KW}(3) = 5,075$ ;  $p = 0,166$ ;  $n = 630$ ).

Apresenta-se no Quadro 72. o cruzamento entre as duas variáveis. Não foi encontrada associação entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,039$ ;  $p = 0,332$ ;  $n = 630$ ).

Quadro 72. Scores de atitudes negativas em função dos anos de prática de MGF

Anos de prática de MGF			Tercis de atitudes negativas			Total
			$\leq 1,625$	$>1,625$ a 2,125	$>2,125$	
0-9	n		100	97	85	282
	%		35,5%	34,4%	30,1%	100,0%
10-19	n		30	22	20	72
	%		41,7%	30,6%	27,8%	100,0%
20-29	n		77	70	77	224
	%		34,4%	31,3%	34,4%	100,0%
$\geq 30$	n		16	20	16	52
	%		30,8%	38,5%	30,8%	100,0%
Total	n		223	209	198	630
	%		35,4%	33,2%	31,4%	100,0%

As medianas dos *scores* das respostas à escala de atitudes negativas foram semelhantes em todos os locais de prática (1,9), à excepção dos outros serviços do

SNS, que apresentaram a mediana mais elevada (2,1). Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

#### 3.8.4. Atitudes negativas e formação em MGF

O grupo de médicos que realizou o Internato da especialidade de MGF apresentou uma mediana dos scores de atitudes negativas face à cessação tabágica (1,9) inferior à encontrada nos restantes médicos (2,0).

Calculado o teste de Mann-Whitney confirmou-se que a diferença entre as distribuições dos scores de resposta à escala de atitudes negativas se mostrou estatisticamente significativa ( $U = 32,417$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 630$ ).

Situaram-se no nível mais elevado de atitudes negativas face à cessação tabágica 40,9% dos médicos sem o Internato de especialidade de MGF e 27,9% dos médicos com este Internato. Situaram-se no nível mais baixo de atitudes negativas 26,9% dos médicos sem o Internato de especialidade e 38,3% dos médicos com este Internato, conforme Quadro 73.

O Teste de independência de Qui-quadrado, confirmou a existência de associação estatisticamente significativa entre a realização do Internato da especialidade e o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica, ( $\chi^2 (2) = 11,476$ ;  $p = 0,003$ ;  $n = 630$ ).

Quadro 73. Nível de atitudes negativas em função do Internato da especialidade de MGF

Internato da Especialidade		Tercis de atitudes negativas			Total
		$\leq 1,625$	$>1,625$ a $2,125$	$>2,125$	
Não	n	46	55	70	171
	%	26,9	32,2	40,9	100,0
Sim	n	176	155	128	459
	%	38,3	33,8	27,9	100,0
Total	n	222	210	198	630
	%	35,2	33,3	31,4	100,0



## 3.8.5. Atitudes negativas e formação em cessação tabágica

O grupo de médicos que referiu não ter formação teórica em cessação tabágica apresentou uma mediana dos scores de resposta à escala de atitudes negativas mais elevada do que a verificada nos restantes médicos, conforme Quadro 74.

Quadro 74. Formação teórica em cessação tabágica e scores de resposta à escala de atitudes negativas

Formação teórica	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	312	2,0000	1,00	4,50
Sim ≤ a 7 h	180	1,7500	1,00	3,38
Sim >7 e ≤ 35 h	86	1,7500	1,00	3,63
Sim > 35 h	52	1,8125	1,00	3,38
Total	630	1,8750	1,00	4,50

O teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(3) = 30,822$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de médicos sem formação e os grupos de médicos com formação, conforme Figura 14.

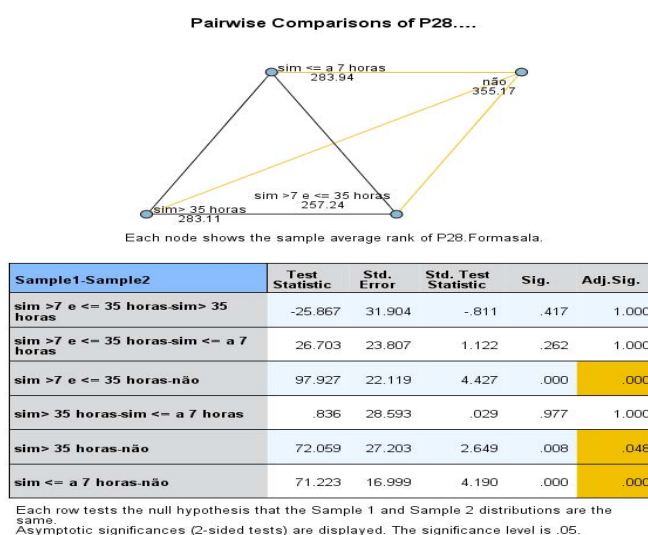


Figura 14. Associação entre formação teórica em cessação tabágica e os scores de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica. Comparações múltiplas das médias das ordens (PASW statistics 18, 2010).

Cerca de 40% dos médicos sem formação teórica em cessação tabágica apresentaram o nível mais elevado de atitudes negativas. Pelo contrário mais de 40% dos médicos que referiram possuir formação superior a 7 horas apresentaram um nível de atitudes negativas baixo, conforme Quadro 75. O Coeficiente de correlação de Spearman, ( $R_s = -0,209$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ), confirmou a existência de uma correlação negativa entre estas duas variáveis.

Quadro 75. Atitudes negativas face à cessação tabágica em função da formação teórica

Formação teórica em cessação tabágica		Nível de atitudes negativas			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
Não	n	91	95	126	312
	%	29,2	30,4	40,4	100,0
Sim ≤ a 7 h	n	69	64	47	180
	%	38,3	35,6	26,1	100,0
Sim >7h e ≤ 35 h	n	40	31	15	86
	%	46,5	36,0	17,4	100,0
Sim > 35 h	n	22	19	11	52
	%	42,3	36,5	21,2	100,0
Total	n	222	209	199	630
	%	35,2	33,2	31,6	100,0

O grupo de médicos que referiu possuir formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas apresentou uma mediana dos scores de resposta à escala de atitudes negativas inferior à encontrada nos restantes médicos, conforme Quadro 76.

Quadro 76. Atitudes negativas em função da formação prática em cessação tabágica

Formação prática	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	514	1,8750	1,00	4,50
≤ 35 h	89	1,8750	1,00	3,13
> 35 h	27	1,5000	1,00	3,38
Total	630	1,8750	1,00	4,50

Confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos *scores* de atitudes negativas em função da formação prática em cessação tabágica (teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 9,189$ ;  $p = 0,010$ ;  $n = 630$ ).

Verificou-se que 59,3% dos médicos com formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas apresentaram o nível mais baixo de atitudes negativas, conforme Quadro 77., existindo uma correlação negativa estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = -0,119$ ;  $p = 0,003$ ;  $n = 630$ ).

Quadro 77. Atitudes negativas relativamente à cessação tabágica e formação prática em cessação tabágica.

Formação prática		Scores de atitudes negativas			Total
		Baixo	Moderado	Alto	
não	n	169	173	172	514
	%	32,9	33,7	33,5	100,0
≤ 35 h	n	38	30	21	116
	%	42,7	33,7	23,6	100,0
>35 h	n	16	5	6	27
	%	59,3	18,5	22,2	100,0
Total	n	223	208	199	630
	%	35,4	33,0	31,6	100,0

### 3.8.6. Atitudes negativas e consumo de tabaco

Os médicos que referiram fumar apresentaram um *score* mediano de resposta à escala de atitudes negativas superior ao encontrado entre os restantes médicos, conforme Quadro 78.

Quadro 78. Scores de atitudes negativas face à cessação tabágica em função do consumo de tabaco

Consumo de tabaco	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Nunca fumadores	393	1,8750	1,00	3,88
Ex-fumadores	133	1,8750	1,00	4,50
Fumadores	104	2,1250	1,00	3,63
Total	630	1,8750	1,00	4,50

Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 10,960$ ;  $p = 0,004$ ;  $n = 630$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de médicos que referiram fumar e o grupo de médicos que referiram nunca ter fumado, conforme Figura 15.

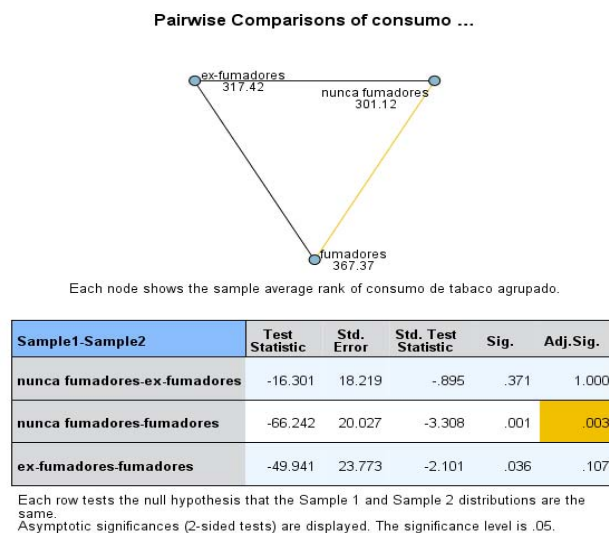


Figura 15. Associação entre consumo de tabaco e *scores* de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica. Comparações múltiplas das médias das ordens (PASW Statistics 18, 2010).

Verificou-se que 46,2% dos médicos que referiram fumar apresentaram *scores* de atitudes negativas face à cessação tabágica elevados. Pelo contrário, os médicos que referiram não fumar apresentaram os *scores* de atitudes negativas face à cessação tabágica mais baixos, conforme Quadro 79. O Teste de independência do Qui-quadrado, ( $\chi^2(4) = 13,946$ ;  $p = 0,007$ ;  $n = 630$ ), confirmou a existência de associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Quadro 79. Atitudes negativas face à cessação tabágica e consumo de tabaco

Consumo de tabaco		Nível de atitudes negativas			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
Nunca fumadores	n	149	132	112	393
	%	37,9	33,6	28,5	100,0
Ex-fumadores	n	44	51	38	133
	%	33,1	38,3	28,6	100,0
Fumadores	n	30	26	48	104
	%	28,8	25,0	46,2	100,0
Total	n	223	209	198	630
	%	35,4	33,2	31,4	100,0

### 3.8.7. Método clínico centrado no paciente e atitudes negativas face à cessação tabágica

O grupo que se apresentou menos centrado nos pacientes apresentou um valor mediano nos *scores* de resposta à escala de atitudes negativas superior ao encontrado nos restantes grupos. Pelo contrário, o grupo de médicos mais centrado nos pacientes apresentou o *score* de atitudes negativas face à cessação tabágica mais baixo, conforme Quadro 80.

Quadro 80. Scores de atitudes negativas em função do método clínico centrado nos pacientes

Método clínico centrado no paciente	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Pouco centrados	185	2,1250	1,00	4,50
Moderada/ centrados	224	1,9375	1,00	3,63
Muito centrados	193	1,7500	1,00	3,50
Total	602	1,8750	1,00	4,50

Verificou-se que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos se revelaram estatisticamente significativas, conforme teste de Kruskal-Wallis, ( $\chi^2_{\text{KW}}(2) = 36,903$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 602$ ). As comparações múltiplas de médias das ordens

permitiram concluir que as diferenças em apreço foram estatisticamente significativas, para todos os grupos em análise.

Cerca de metade (47,7%) dos médicos mais centrados nos pacientes apresentou o nível de atitudes desfavoráveis à cessação tabágica mais baixo. Pelo contrário 43,2% dos médicos menos centrados nos pacientes apresentaram o nível de atitudes negativas mais elevado, confirmando-se a existência de associação entre ambas as variáveis ( $\chi^2(4) = 31,423$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 602$ ).

Foi encontrada uma correlação negativa moderada ( $R_s = -0,30$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 602$ ) entre estas variáveis.

### 3.8.8. Método clínico centrado no paciente na vertente *caring* e atitudes negativas face à cessação tabágica

O grupo que se apresentou mais centrado nos pacientes na vertente do cuidar (*scores* de *caring* > 5,2) apresentou um valor mediano nos *scores* de resposta à escala de atitudes negativas face à cessação tabágica inferior ao encontrado nos restantes grupos, conforme Quadro 81.

Quadro 81. Método clínico centrado no paciente e atitudes negativas face à cessação tabágica

<i>Caring</i> (scores)	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Pouco centrados	185	2,1250	1,00	4,50
Moderada/ centrados	224	1,9375	1,00	3,63
Muito centrados	193	1,7500	1,00	3,50
Total	602	1,8750	1,00	4,50

Determinou-se o teste de Kruskal-Wallis, ( $\chi^2_{KW}(2) = 43,970$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 622$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, concluindo-se que as diferenças estatisticamente significativas foram apenas encontradas entre o grupo de médicos mais centrados nos pacientes e o grupo de médicos moderadamente centrado e entre aquele grupo de médicos e o grupo de médicos pouco centrado nos pacientes.

Verificou-se que cerca de metade (48,7%) dos médicos mais centrados nos pacientes, na vertente do cuidar, apresentou os *scores* mais baixos de atitudes negativas face à cessação tabágica.

Pelo contrário, cerca de 40% dos médicos menos centrados nos pacientes apresentaram os *scores* mais elevados de atitudes negativas face à cessação tabágica, conforme Quadro 82. Foi encontrada uma correlação negativa ( $R_s = -0,282$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 622$ ) entre as duas variáveis.

Quadro 82. Método clínico centrado no paciente na vertente do cuidar e atitudes negativas face à cessação tabágica.

Subescala <i>caring</i>		Nível de atitudes negativas			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
Pouco centrados	n	62	84	97	243
	%	25,5	34,6	39,9	100,0
Moderada/ centrados	n	46	53	50	149
	%	30,9	35,6	33,6	100,0
Muito centrados	n	112	72	46	230
	%	48,7	31,3	20,0	100,0
Total	n	220	209	193	622
	%	35,4	33,6	31,0	100,0

### 3.8.9. Método clínico centrado no paciente na vertente *sharing* e atitudes negativas face à cessação tabágica

O grupo que se apresentou mais centrado nos pacientes na vertente da partilha de poder (*sharing*) apresentou um valor mediano nos *scores* de resposta à escala de atitudes negativas, face à cessação tabágica, inferior aos valores encontrados nos restantes grupos (Quadro 83.).

Determinou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 28,387$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 607$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, concluindo-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo mais centrado nos pacientes e o grupo moderadamente centrado e o grupo menos centrado nos pacientes.

Verificou-se que cerca de metade dos médicos mais centrados nos pacientes, na vertente *sharing*, apresentou o nível mais baixo de atitudes negativas face à cessação tabágica.

Quadro 83. Nível de atitudes negativas face à cessação tabágica em função da adopção do método clínico centrado no paciente na vertente *sharing*

Subescala <i>sharing</i>	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Pouco centrados	220	2,0000	1,00	4,50
Moderadamente	153	1,8750	1,00	3,38
Muito centrados	234	1,7500	1,00	3,50
Total	607	1,8750	1,00	4,50

Pelo contrário, 41,8% dos médicos menos centrados nos pacientes na vertente *sharing* apresentaram o nível de atitudes negativas mais elevado, conforme Quadro 84. Foi encontrada uma correlação negativa ( $R_s = -0,234$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 607$ ) entre as duas variáveis.

Quadro 84. Método clínico centrado no paciente na vertente *sharing* e atitudes negativas face à cessação tabágica

Scores - <i>sharing</i>		Nível de atitudes negativas			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
≤ 3,667	n	57	71	92	220
	%	25,9	32,3	41,8	100,0
>3,667 a 4,222	n	48	57	48	153
	%	31,4	37,3	31,4	100,0
> 4,222	n	108	76	50	234
	%	46,2	32,5	21,4	100,0
Total	n	213	204	190	607
	%	35,1	33,6	31,3	100,0

### 3.8.10. Atitudes negativas e importância atribuída à cessação tabágica

Verificou-se que 60,5% dos médicos que apresentaram um nível baixo de atitudes negativas atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica.



Pelo contrário, 68,3% dos médicos que apresentaram um nível de atitudes negativas face à cessação tabágica elevado atribuíram uma importância moderada ou baixa à cessação tabágica, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 36,669$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 631$ ), conforme Quadro 85.

Quadro 85. Nível de atitudes negativas e importância atribuída à cessação tabágica.

Scores de atitudes negativas		Importância		Total
		Moderada ou baixa	Elevada	
≤1,625	n	88	135	223
	%	39,5	60,5	100,0
>1,625 a 2,125	n	121	88	209
	%	57,9	42,1	100,0
>2,125	n	136	63	199
	%	68,3	31,7	100,0
Total	n	345	286	631
	%	54,7	45,3	100,0

### 3.8.11. Atitudes negativas e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Analizadas as medianas dos scores de resposta à escala de avaliação do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica, em função dos scores de resposta à escala de atitudes negativas, verificou-se que o grupo de médicos com o nível de atitudes negativas mais elevado apresentou o valor mediano mais baixo em termos do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica. Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 82,638$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, concluindo-se que as diferenças entre todos os grupos comparativos são estatisticamente significativas.

Cerca de 83% dos médicos com o nível mais baixo de atitudes negativas atribuíram um papel importante ao médico de MGF na cessação tabágica, conforme Quadro 86 ( $\chi^2 (2) = 71,120$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ). Entre os médicos com um nível de atitudes negativas elevado apenas 43,9% estiveram totalmente de acordo ser papel do médico de MGF intervir nesta área.

Quadro 86. Atitudes negativas e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Scores de atitudes negativas			Papel atribuído		Total
			Moderado a baixo	Elevado	
	≤ 1,625	n	37	185	222
		%	16,7	83,3	100,0
	>1,625 a 2,125	n	74	135	209
		%	35,4	64,6	100,0
	>2,125	n	111	87	198
		%	56,1	43,9	100,0
Total		n	222	407	629
		%	35.3	64.7	100.0

## 3.8.12. Correlação entre atitudes positivas e negativas

Apenas 22,0% dos respondentes apresentaram simultaneamente um nível elevado de atitudes positivas e um nível baixo de atitudes negativas face à cessação tabágica. Pelo contrário, 20,4% dos médicos apresentaram simultaneamente um nível elevado de atitudes negativas e um nível baixo de atitudes positivas, conforme Quadro 87., existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2$  (2) = 172,34;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ).

Quadro 87. Atitudes positivas e negativas face à cessação tabágica

Scores de atitudes positivas		Scores de atitudes negativas			Total
		≤1,625	>1,625 a 2,125	>2,125	
≤ 4,00	n	27	92	127	246
	%	11,0	37,4	51,6	100,0
> 4,00 a 4,375	n	55	75	42	172
	%	32,0	43,6	24,4	100,0
> 4,375	n	137	38	30	205
	%	66,8	18,5	14,6	100,0
Total	n	219	205	199	623
	%	35,2	32,9	31,9	100,0

Calculada a correlação entre atitudes positivas e negativas através do Coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se existir uma correlação negativa entre ambas as variáveis ( $R_s = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ).

### 3.9. Auto-eficácia no apoio à cessação tabágica

#### 3.9.1. Escala de auto-eficácia

Para avaliação da percepção de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica utilizou-se uma escala com oito afirmações de tipo Likert, com cinco opções de resposta, de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Esta escala apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,82, semelhante ao  $\alpha$  standardizado. Todos os itens se correlacionaram positivamente com a escala global. Calculados os tercís da distribuição dos scores de resposta a esta escala os pontos de corte assumiram os valores de 3,2 e 4,0. Situar-se no 1.º terço, 213 (33,8%) médicos, no terço intermédio 244 (38,7%) e no terço superior, correspondente à percepção de auto-eficácia mais elevada, 174 (27,6%) médicos. Oito médicos não responderam.

#### 3.9.2. Auto-eficácia, sexo e grupo etário

O sexo masculino apresentou um *score* de auto-eficácia (3,8) superior ao encontrado no sexo feminino (3,5).

Uma vez calculado o teste de Mann-Whitney, conclui-se que a diferença entre as distribuições das respostas à escala de auto-eficácia em função do sexo são estatisticamente significativas ( $U = 37,823$ ;  $p = 0,005$ ;  $n = 630$ ). Procedeu-se ao cruzamento das duas variáveis, verificando-se que 31,7% dos homens e 25,4% das mulheres se situaram no grupo com auto-eficácia mais elevada, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 7,816$ ;  $p = 0,020$ ;  $n = 630$ ). Verificou-se que os médicos com menos de 45 anos de idade, apresentaram um *score* mediano de auto-eficácia inferior ao encontrado nos restantes grupos etários, conforme se confirma no Quadro 88.

Quadro 88. Auto-eficácia e grupo etário.

Grupo etário	n	Mediana	Mínimo	Máximo
25-34	219	3,5000	1,17	5,00
35-44	86	3,5000	1,17	4,83
45-54	159	3,8333	1,17	5,00
>=55	165	3,8333	1,83	5,00
Total	629	3,6667	1,17	5,00

Calculado o teste de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla de médias das ordens, concluiu-se não existirem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2_{KW}(3) = 22,601$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ) entre todos os grupos comparativos, conforme Figura 16.

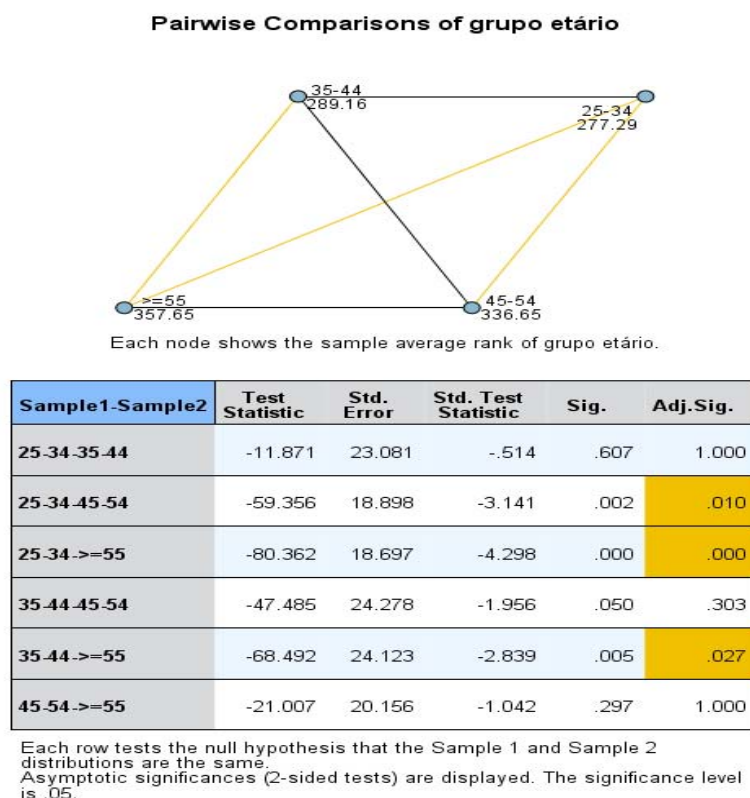


Figura 16. Scores de auto-eficácia em função do grupo etário. Comparações múltiplas das médias das ordens (PASW *statistics* versão 18, 2010).

Feito o cruzamento de ambas as variáveis, com base nos grupos etários e nos tercios de distribuição dos scores de resposta à escala de auto-eficácia, verificou-se que a proporção de médicos com auto-eficácia mais elevada aumentou progressivamente com a idade, de 18,3% nos médicos com menos de 35 anos a 36,4% nos médicos com 55 ou mais anos, existindo correlação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,196$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ).

## 3.9.3. Auto-eficácia e anos de prática de MGF

Verificou-se que os médicos com menos de 20 anos de prática apresentaram um *score* de auto-eficácia inferior ao encontrado nos restantes médicos, conforme Quadro 89.

Quadro 89. Associação entre anos de prática em MGF e scores de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica.

Anos de prática MGF	n	Mediana	Mínimo	Máximo
0-9	280	3,5000	1,17	5,00
10-19	71	3,5000	1,67	4,83
20-29	225	3,8333	1,17	5,00
≥ 30	52	3,8333	2,00	4,83
Total	628	3,6667	1,17	5,00

Usou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(3) = 21,111$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ) seguido das comparações múltiplas de médias das ordens, concluindo-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de médicos com menos de dez anos de prática e o grupo com 20 a 29 anos de prática de MGF.

Quadro 90. Auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica em função dos anos de prática de MGF

Anos de prática de MGF		Nível de auto-eficácia			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
0-9	n	116	104	60	280
	%	41,4	37,1	21,4	100,0
10-19	n	19	41	11	71
	%	26,8	57,7	15,5	100,0
20-29	n	62	80	83	225
	%	27,6	35,6	36,9	100,0
≥ 30	n	15	18	19	52
	%	28,8	34,6	36,5	100,0
Total	n	212	243	173	628
	%	33,8	38,7	27,5	100,0

Verificou-se que 41,4% dos médicos com menos de dez anos de prática se situaram no nível mais baixo de auto-eficácia. No grupo de médicos com 20 a 29 anos de prática 36,9% situaram-se no grupo com um nível de auto-eficácia elevado no aconselhamento para a cessação tabágica, conforme Quadro 90. Foi encontrada uma correlação positiva entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,216$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ).

#### 3.9.4. Auto-eficácia e local de exercício

Os *scores* medianos das respostas à escala de auto-eficácia foram mais elevados entre os profissionais que trabalham em USF ou em outros serviços integrados no SNS (3,7) e mais baixos entre os médicos que trabalham em UCSP (3,5). Calculado o teste de Kruskal-Wallis, concluiu-se que as diferenças entre os grupos comparativos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{KW}(3) = 4,036$ ;  $p = 0,258$ ;  $n = 617$ ).

#### 3.9.5. Auto-eficácia e Internato da especialidade de MGF

Não se encontraram diferenças entre as medianas dos *scores* de resposta à escala de auto-eficácia (3,7) e a realização do internato da especialidade de MGF. Calculado o teste de Mann-Whitney, concluiu-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos comparativos ( $U = 38,638$ ;  $p = 0,861$ ;  $n = 627$ ), conforme quadro 91.

Quadro 91. Auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica em função do Internato da Especialidade

Internato Complementar			Nível de auto-eficácia			Total
			Baixo	moderado	elevado	
Não	<i>n</i>		57	66	48	171
	%		33,3	38,6	28,1	100,0
Sim	<i>n</i>		155	177	124	456
	%		34,0	38,8	27,2	100,0
Total	<i>n</i>		212	243	172	627
	%		33,8	38,8	27,4	100,0

Verificou-se que 27,2% dos médicos que realizaram o Internato da especialidade, se situaram no grupo com percepção de auto-eficácia mais elevada, valor próximo do encontrado no grupo de médicos que não realizou o Internato da especialidade (28,1%), não existindo relação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 0,052$ ;  $p = 0,974$ ;  $n = 627$ ), conforme Quadro 91.

### 3.9.6. Auto-eficácia e formação em cessação tabágica

O grupo de médicos sem formação em cessação tabágica apresentou o *score* mediano de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica mais baixo (3,3). Os *scores* de auto-eficácia aumentaram com o número de horas de formação, sendo que os médicos com mais de 35 horas apresentaram o *score* mais elevado, conforme Quadro 92.

Quadro 92. Associação entre auto-eficácia e formação em cessação tabágica

Formação teórica	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	312	3,3333	1,17	5,00
Sim ≤ a 7 horas	180	3,6667	1,17	5,00
Sim >7 e ≤ 35 horas	85	4,0000	2,17	5,00
Sim > 35 horas	51	4,6667	2,83	5,00
Total	628	3,6667	1,17	5,00

Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla de médias das ordens, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2_{KW}(3) = 111,351$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ) entre todos os grupos em comparação, à exceção dos grupos “ter formação superior a 7 horas e inferior ou igual a 35 horas” e “superior a 35 horas” conforme Figura 17.

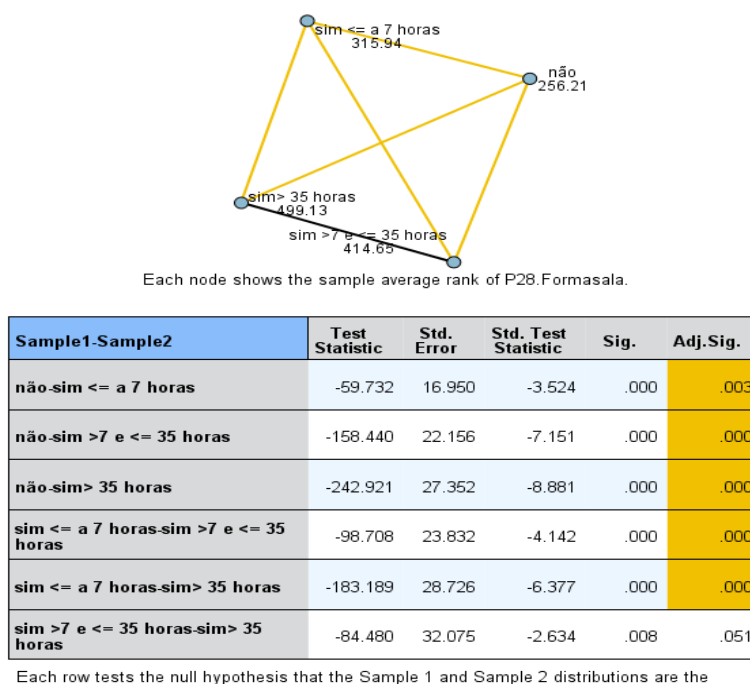


Figura 17. Formação em cessação tabágica e percepção de auto-eficácia no aconselhamento. Comparações múltiplas das médias das ordens, PAWS statistics versão 18, (2010).

Dos médicos que referiram possuir formação em cessação tabágica superior a 35 horas, 72,5% apresentam scores de auto-eficácia mais elevados. Este valor foi de apenas 15,7% nos médicos sem formação, conforme Quadro 93.

Quadro 93. Formação teórica em cessação tabágica e percepção da auto-eficácia no aconselhamento

Formação teórica		Nível de auto-eficácia			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
Não	n	146	117	49	312
	%	46,8	37,5	15,7	100,0
Sim ≤ a 7 h	n	54	78	48	180
	%	30,0	43,3	26,7	100,0
Sim > 7 e ≤ 35 h	n	10	36	39	85
	%	11,8	42,4	45,9	100,0
Sim > 35 h	n	3	11	37	51
	%	5,9	21,6	72,5	100,0
Total	n	213	242	173	628
	%	33,9	38,5	27,5	100,0



Confirmou-se a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,394$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ). Verificou-se que os médicos com formação prática sobre cessação tabágica com duração superior a 35 horas, apresentaram um *score* mediano de resposta à escala de auto-eficácia mais elevado do que os restantes médicos, conforme Quadro 94.

Quadro 94. Auto-eficácia no aconselhamento e formação prática em cessação tabágica

Formação prática	<i>n</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	511	3,5000	1,17	5,00
Sim ≤ 35 h	90	4,0000	1,17	5,00
Sim >35 h	27	4,6667	3,17	5,00
<i>Total</i>	628	3,6667	1,17	5,00

Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis, seguido das comparações múltiplas de médias das ordens, concluindo-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos em comparação ( $\chi^2_{KW}(2) = 72,342$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ).

Conforme se pode observar no quadro 95., dos médicos que possuem formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas, 81,5% apresentaram um *score* de auto-eficácia elevado. Este valor foi de 21,9% nos médicos sem formação prática em cessação tabágica.

Quadro 95. Formação prática em cessação tabágica e *scores* de auto-eficácia

Formação prática			Nível de auto-eficácia			Total
			baixo	moderado	elevado	
	Não	n	197	202	112	511
		%	38,6	39,5	21,9	100,0
	≤ 35 h	n	14	36	40	90
		%	15,6	40,0	44,4	100,0
	> 35 h	n	1	4	22	27
		%	3,7	14,8	81,5	100,0
	Total	n	212	242	174	628
		%	33,8	38,5	27,7	100,0

Confirmou-se a existência de uma correlação positiva entre ambas as variáveis estatisticamente significativa ( $R_s = 0,323$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ).

### 3.9.7. Auto-eficácia e consumo de tabaco

Os médicos que referiram fumar apresentaram *scores* medianos de resposta à escala de auto-eficácia inferiores aos *scores* encontrados entre os restantes médicos, não fumadores e ex-fumadores, conforme Quadro 96. Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis, confirmando-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos ( $\chi^2_{KW}(2) = 4,269$ ;  $p = 0,847$ ;  $n = 628$ ).

No que se refere à percepção de auto-eficácia no aconselhamento, 28,4% dos médicos que referiram nunca ter fumado, 30,3% dos que deixaram de fumar e 21,0% dos fumadores situaram-se no terço com auto-eficácia mais elevada. Situaram-se no terço com menor auto-eficácia 34,0% dos médicos que nunca fumaram, 28,0% dos ex-fumadores e 41,0% dos fumadores. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre consumo de tabaco e nível de auto-eficácia no aconselhamento ( $\chi^2(4) = 5,435$ ;  $p = 0,246$ ;  $n = 628$ ).

Quadro 96. Auto-eficácia em função do consumo de tabaco

Consumo de tabaco	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Nunca fumadores	391	3,6667	1,17	5,00
Ex-fumadores	132	3,6667	1,67	5,00
Fumadores	105	3,5000	1,50	5,00
Total	628	3,6667	1,17	5,00

### 3.9.8. Auto-eficácia e importância atribuída à cessação tabágica

Analisadas as medianas dos *scores* de resposta à escala de auto-eficácia em função da atribuição de importância à cessação tabágica verificou-se que quem atribuiu uma importância elevada à cessação tabágica apresentou um *score* mediano de resposta à escala de auto-eficácia superior ao dos restantes médicos, conforme Quadro 97.

Quadro 97. Auto-eficácia em função da importância atribuída à cessação tabágica.

Atribuição de importância	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Moderada ou baixa	345	3,5000	1,17	5,00
Elevada	284	3,8333	1,17	5,00
Total	629	3,6667	1,17	5,00

Calculado o teste de Mann-Whitney, concluiu-se que a diferença em apreço é estatisticamente significativa ( $U = 58,254$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ). Verificou-se, conforme Quadro 98., que 98 médicos (15,6% do total de respondentes) apresentaram um grau de prontidão para o aconselhamento elevado, traduzido pela atribuição de importância à cessação tabágica e pelo nível de auto-eficácia simultaneamente elevados. Foi encontrada associação entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 15,451$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ).

Quadro 98. Prontidão para a mudança (auto-eficácia e atribuição de importância)

Scores de auto-eficácia		Importância		Total
		moderada ou baixa	elevada	
≤ 3,167	n	135	77	212
	%	63,7	36,3	100,0
> 3,167 a 4,0	n	134	109	243
	%	55,1	44,9	100,0
> 4,0	n	76	98	174
	%	43,7	56,3	100,0
Total	n	345	284	629
	%	54,8	45,2	100,0

### 3.9.9. Auto-eficácia e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Analizadas as medianas dos scores de resposta à escala de avaliação do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica, em função dos scores de resposta à escala de auto-eficácia (tercis), verificou-se que os médicos com o nível de auto-

eficácia mais baixo apresentaram igualmente a mediana mais baixa em termos de papel atribuído ao médico de MGF (4,8). Pelo contrário, os médicos com maior nível de auto-eficácia ( $> 4,0$ ), apresentaram *scores* mais elevados na escala referente ao papel atribuído ao médico na cessação tabágica (5,0), conforme Quadro 99.

Quadro 99. Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica em função dos *scores* de auto-eficácia.

Auto-eficácia (scores)	n	Mediana	Mínimo	Máximo
$\leq 3,167$	212	4,7500	2,00	5,00
$> 3,167$ a 4,0	243	5,0000	2,00	5,00
$> 4,0$	172	5,0000	3,50	5,00
Total	627	5,0000	2,00	5,00

As diferenças entre as distribuições da variável dependente revelaram-se estatisticamente significativas entre todos os grupos comparativos ( $\chi^2$  kw (2) = 61,220;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ). Conforme se pode verificar pelo Quadro 100., 83,7% dos médicos com maior nível de auto-eficácia atribuíram um papel importante ao médico de família na cessação tabágica. Este valor foi de 46,7% nos médicos com uma percepção de auto-eficácia mais baixa. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2$  (2) = 57,109;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ).

Quadro 100. Scores de auto-eficácia e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Auto-eficácia		Papel do médico de MGF		Total
		Moderado a Baixo	Elevado	
$\leq 3,167$	n	113	99	212
	%	53,3	46,7	100,0
$> 3,167$ a 4,0	n	83	160	243
	%	34,2	65,8	100,0
$> 4,0$	n	28	144	172
	%	16,3	83,7	100,0
Total	n	224	403	627
	%	35,7	64,3	100,0

Calculou-se igualmente a correlação entre ambas as variáveis, através do Coeficiente de correlação de Spearman, verificando-se existir uma correlação positiva entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,326$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ).

#### 3.9.10. Percepção da auto-eficácia no aconselhamento e atitudes face à cessação tabágica

Verificou-se que 55,0% dos médicos com um nível de auto-eficácia elevado apresentaram um nível de atitudes positivas face à cessação tabágica igualmente elevado.

Pelo contrário, 57,6% dos médicos com um nível de auto-eficácia baixo apresentaram um nível de atitudes positivas igualmente baixo.

Apenas 11,0% dos médicos com um nível de atitudes positivas baixo considerou possuir um nível de auto-eficácia no aconselhamento elevado.

Analisada a existência de correlação entre os *scores* de resposta à escala de auto-eficácia e à escala de atitudes positivas, verificou-se existir uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre ambas as variáveis: ( $R_s = 0,424$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 620$ ).

Cerca de metade (52,0%) dos médicos com a percepção de auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica mais elevada apresentaram o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica mais baixo. Cerca de metade dos médicos com uma percepção de auto-eficácia no aconselhamento mais baixa (48,6%) situou-se no grupo com o nível de de atitudes negativas face à cessação tabágica mais elevada.

Verificou-se existir uma correlação negativa entre ambas as variáveis: ( $R_s = -0,325$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ).

Apresentam-se na Figura 18. as distribuições das respostas às escalas de atitudes, positivas e negativas, em função dos *scores* de resposta à escala de auto-eficácia (tipo Likert).

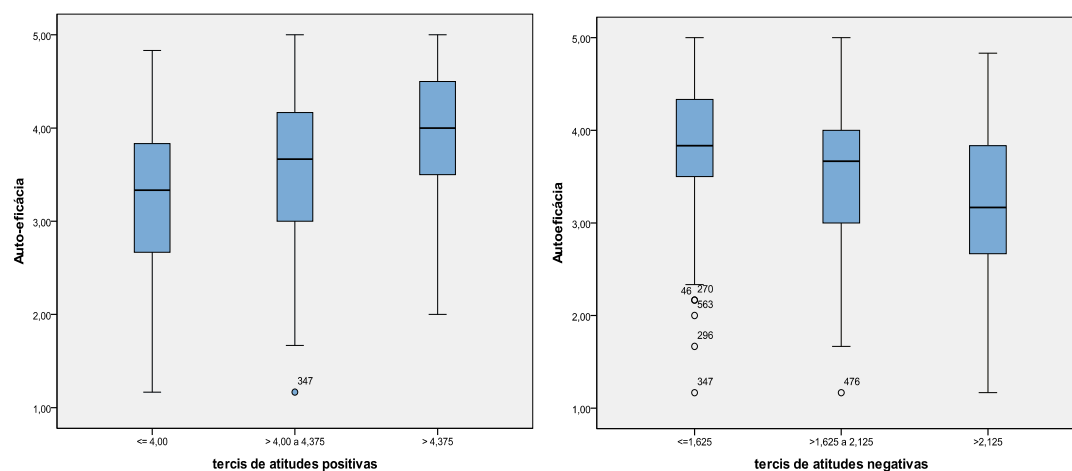


Figura 18. Atitudes face à cessação tabágica e percepção de auto-eficácia no aconselhamento

Analisada a distribuição das respostas à escala de tipo visual analógico de 0 a 10, para avaliação da percepção de auto-eficácia, verificou-se uma mediana de 6,0, um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 10, conforme Figura 19.

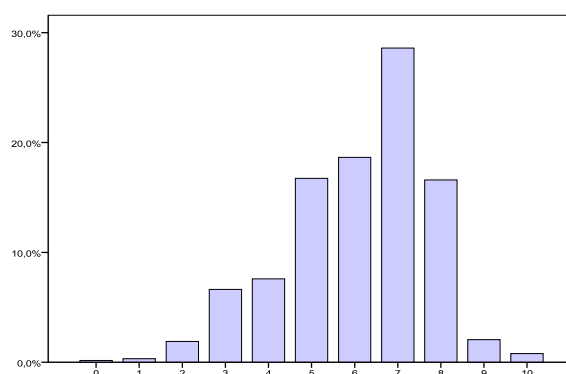


Figura. 19. Distribuições das respostas à escala visual de 0 a 10, para avaliação da percepção da auto-eficácia no aconselhamento.

Verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa ( $R_s = 0,571$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ) entre as respostas às perguntas sobre auto-eficácia, designadamente através da escala de Likert e através da escala visual de 0 a 10.

### 3.10. Efectividade do aconselhamento

#### 3.10.1. Escala de avaliação da percepção da efectividade do aconselhamento de apoio à cessação tabágica

A percepção da efectividade do aconselhamento foi avaliada através de uma escala de 0 a 10 (escala de tipo visual analógico). Obteve-se uma mediana das pontuações de resposta a esta escala de 5,0, um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 10. Os pontos de corte dos tercis de distribuição das respostas assumiram os valores de 4,0 e 6,0. Oito médicos não responderam a esta questão. Verificou-se que 259 (41,0%) médicos se situaram no terço inferior, 236 (37,4%) no terço intermédio e 136 (21,6%) no terço superior. Oito médicos não responderam.

#### 3.10.2. Percepção da efectividade do aconselhamento e sexo e grupo etário

O sexo masculino demonstrou possuir uma percepção da efectividade do seu aconselhamento para a cessação tabágica mais elevada do que a encontrada entre o sexo feminino. Assim, 27,9% dos homens atribuíram um valor superior a 6, numa escala de zero a dez, à sua efectividade no aconselhamento, enquanto que só 18,5% das mulheres deram uma resposta semelhante.

Verificou-se que 12,9% dos médicos com menos de 35 anos, 19,3% com 35 a 44 anos, 30,4% com 45 a 54 anos e 25,8% com 55 ou mais anos situaram a sua efectividade acima do valor 6.

Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa, embora muito fraca, entre as ordenações das variáveis idade e os *scores* de efectividade ( $R_s = 0,098$ ;  $p = 0,014$ ;  $n = 629$ ).

#### 3.10.3. Percepção da efectividade do aconselhamento, anos de prática de MGF e local de prática

Obteve-se um valor mediano de 5 nos *scores* de resposta à escala de efectividade, em todos os grupos de anos de prática de MGF, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos: teste de kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(3) = 7,476$ ;  $p = 0,058$ ;  $n = 628$ ).

O grupo de médicos com menos de dez anos de prática apresentou a maior proporção de médicos com baixa percepção de efectividade (43,6%), existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(6) = 18,016$ ;  $p = 0,006$ ;  $n = 628$ ).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos em função do local de prática de MGF.

#### 3.10.4. Percepção da efectividade do aconselhamento e formação em MGF

Não se encontraram diferenças entre as medianas das respostas à escala de efectividade em função da realização do internato da especialidade de MGF. As distribuições dos grupos comparativos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas: teste de Mann-Whitney ( $U = 39,177$ ;  $p = 0,868$ ;  $n = 627$ ).

Feito o cruzamento das duas variáveis, em função dos tercis das respostas à escala de efectividade, verificou-se que 24,1% dos médicos que não realizaram o Internato da especialidade e 20,8% dos médicos que referiram possuir este Internato avaliaram de modo elevado a efectividade do seu aconselhamento. No entanto, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 1,309$ ;  $p = 0,520$ ;  $n = 627$ ).

#### 3.10.5. Percepção da efectividade do aconselhamento e formação em cessação tabágica

Os valores medianos de resposta à escala de efectividade foram de 6,0 no grupo com formação teórica superior a 35 horas e de 5,0 nos restantes médicos, conforme Figura 20.



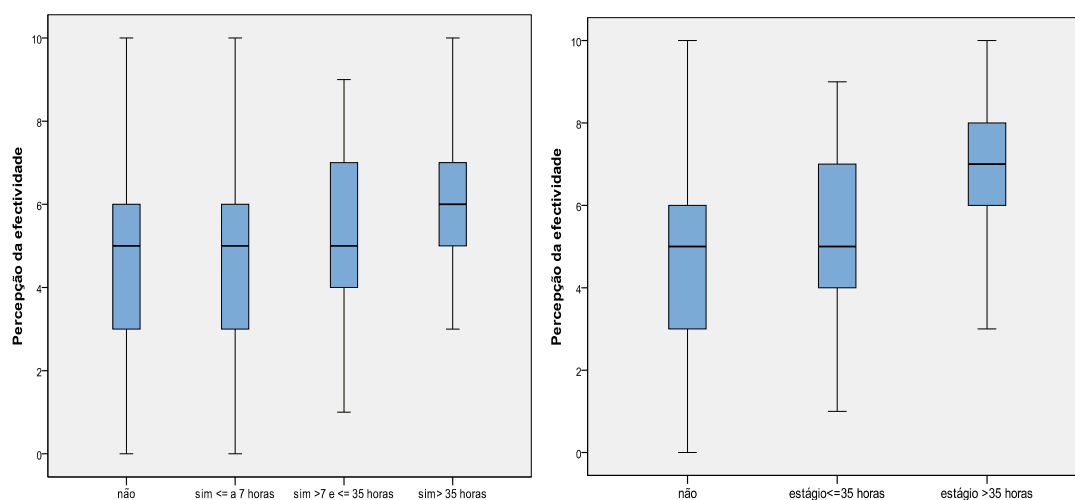


Figura 20. Percepção da efectividade no aconselhamento em função do tempo de formação teórica e prática em cessação tabágica.

As diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos revelaram-se estatisticamente significativas ( $\chi^2_{\text{kw}}(3) = 43,135$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ). Calculadas as comparações múltiplas das médias das ordens, verificou-se não existir diferença estatisticamente significativa entre não ter formação e ter formação com uma duração igual ou inferior a sete horas.

As diferenças estatisticamente significativas foram encontradas entre o grupo de médicos sem formação e o grupo com formação superior a sete horas e inferior ou igual a 35 horas; entre o grupo sem formação e o grupo com formação com duração superior a 35 horas, bem como entre o grupo com formação com uma duração igual ou inferior a sete horas e o grupo com formação superior a 35 horas.

Do total de médicos, 24,0% situou-se no grupo sem formação e com a percepção de efectividade mais baixa.

Embora 49,0% dos médicos com formação teórica superior a 35 horas se tenham situado no grupo com percepção de efectividade mais elevada, este grupo de médicos corresponde apenas a 4,0% do total de respondentes, conforme se pode confirmar a partir do Quadro 101. Foi encontrada uma correlação positiva entre as duas variáveis ( $R_s = 0,232$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ).

Quadro 101. Percepção da efectividade em função da formação teórica em cessação tabágica

Formação teórica		Scores de efectividade			Total
		≤ 4	>4 a 6	>6	
Não	n	151	114	47	312
	%	48,4	36,5	15,1	100,0
Sim ≤ a 7 horas	n	74	68	37	179
	%	41,3	38,0	20,7	100,0
Sim >7 e ≤ 35 horas	n	24	36	26	86
	%	27,9	41,9	30,2	100,0
Sim > 35 horas	n	9	17	25	51
	%	17,6	33,3	49,0	100,0
Total	n	258	235	135	628
	%	41,1	37,4	21,5	100,0

O valor mediano da percepção de efectividade foi superior no grupo com 35 ou mais horas de formação prática em cessação tabágica (7,0) relativamente ao verificado nos restantes grupos (5,0), conforme Figura 20.

Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas. Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 29,108$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ), seguido das comparações múltiplas das médias das ordens, verificando-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre não ter formação prática e ter 35 ou menos horas de formação. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre os restantes grupos.

Quadro 102. Percepção da efectividade em função da formação prática em cessação tabágica

.Formação prática		tercis efectividade			Total
		≤ 4	>4 a 6	>6	
não	n	226	191	95	512
	%	44,1%	37,3%	18,6%	100,0%
≤ 35 horas	n	29	36	25	90
	%	32,2%	40,0%	27,8%	100,0%
>35 horas	n	3	7	16	26
	%	11,5%	26,9%	61,5%	100,0%
Total	n	258	234	136	628
	%	41,1%	37,3%	21,7%	100,0%

O cruzamento das duas variáveis permitiu concluir que, do total de médicos, 44,0% se situaram no grupo sem formação prática e com a percepção de efectividade mais baixa.

Pelo contrário, dos médicos com mais de 35 horas de formação prática, 61,5% situaram-se no grupo com a percepção de efectividade, mais elevada conforme se pode ver no Quadro 102. Foi encontrada uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,172$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 628$ ).

#### 3.10.6. Percepção da efectividade do aconselhamento e consumo de tabaco

Os médicos que referiram fumar apresentaram um valor mediano de resposta à escala de efectividade mais baixo (4,0) do que o encontrado entre os restantes médicos, mas estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2_{kw}(2) = 5,542$ ;  $p = 0,063$ ;  $n = 628$ ), conforme Quadro 103.

Quadro 103. Efectividade do aconselhamento em função do consumo de tabaco

Consumo de tabaco		n	Mediana	Mínimo	Máximo
	Nunca fumadores	391	5,00	0	10
	Ex-fumadores	131	5,00	0	9
	Fumadores	106	4,00	0	8
	Total	628	5,00	0	10

O cruzamento das duas variáveis permitiu concluir que 51,9% dos médicos que referiram fumar situaram a percepção da efectividade do seu aconselhamento no terço inferior. Situaram-se no terço inferior de efectividade percebida 38,9% dos restantes médicos. Por outro lado, situaram-se no terço de efectividade mais elevada 20,7% dos médicos que referiram nunca ter fumado, 27,5% dos ex-fumadores e 17,9% dos que afirmaram ser fumadores ( $\chi^2(4) = 9,454$ ;  $p = 0,051$ ;  $n = 628$ ), existindo uma associação marginalmente não significativa do ponto de vista estatístico entre as duas variáveis.

### 3.10.7. Atitudes positivas e percepção da efectividade do aconselhamento

O grupo de médicos com um *score* de atitudes positivas mais elevado apresentou um valor de mediana das respostas à escala sobre a percepção da efectividade do seu aconselhamento para a cessação tabágica igualmente mais elevado, conforme Figura 21. Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{kw}(2) = 70,773$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 619$ ) seguido da comparação múltipla de médias das ordens, confirmando-se que as diferenças entre as distribuições de todos os grupos comparativos foram estatisticamente significativas.

Verificou-se que 56,6% dos médicos com o nível de atitudes positivas mais baixo situou a sua efectividade no terço inferior. Dos médicos com o nível de atitudes positivas mais elevado, 36,8% situaram a sua efectividade no terço superior.

Confirmou-se a existência de uma correlação positiva ( $R_s = 0,360$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 619$ ), entre ambas as variáveis.

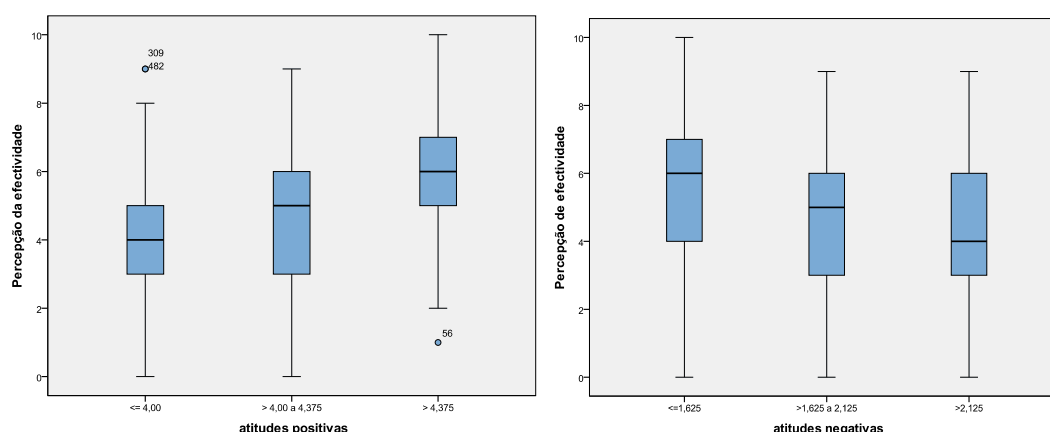


Figura 21. Percepção da efectividade do aconselhamento em função das atitudes positivas e das atitudes negativas.

### 3.10.8. Atitudes negativas e percepção da efectividade do aconselhamento

O grupo de médicos com um *score* de atitudes negativas mais baixo apresentou um valor de mediana da distribuição das respostas à escala de efectividade mais elevado. Pelo contrário, o grupo de médicos com um *score* de atitudes negativas mais alto apresentou um valor de mediana mais baixo, conforme Figura 21. O teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 49,599$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ) seguido da comparação múltipla

de médias das ordens, confirmou que as diferenças entre as distribuições são estatisticamente significativas, para todos os grupos comparativos.

Foi encontrada uma correlação negativa entre estas duas variáveis ( $R_s = -0,289$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ).

#### 3.10.9. Percepção da efectividade em função da auto-eficácia

O grupo de médicos com um *score* de auto-eficácia mais elevado ( $> 4$ ) apresentou um valor de mediana das respostas à escala numérica de efectividade igualmente mais elevado (6,0). O grupo com um *score* de auto-eficácia intermédio apresentou uma mediana de 5,0 nas respostas à escala de efectividade. O grupo de médicos com os valores mais baixos na escala de auto-eficácia, apresentou um valor de mediana das respostas à escala de efectividade igualmente mais baixo (4,0). Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 131,038$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 625$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, confirmando-se que estas diferenças são estatisticamente significativas, para todos os grupos comparativos.

Quadro 104. Percepção da efectividade do aconselhamento em função da percepção de auto-eficácia avaliada por escala de tipo Likert

Percepção da auto-eficácia		Scores de efectividade			Total
		$\leq 4$	$> 4$ a 6	$> 6$	
Baixa	<i>n</i>	141	55	15	211
	%	66,8	26,1	7,1	100,0
Moderada	<i>n</i>	79	115	48	242
	%	32,6	47,5	19,8	100,0
Elevada	<i>n</i>	35	64	73	172
	%	20,3	37,2	42,4	100,0
Total	<i>n</i>	255	234	136	625
	%	40,8	37,4	21,8	100,0

Verificou-se que 66,8% dos médicos com uma percepção de auto-eficácia mais baixa se situaram no grupo com a percepção de efectividade igualmente mais baixa. Pelo contrário, 42,4% dos médicos com uma percepção de auto-eficácia elevada referiram uma percepção de efectividade igualmente elevada, conforme Quadro 104.

Foi encontrada uma correlação positiva entre as variáveis percepção de efectividade e percepção de auto-eficácia ( $R_s = 0,500$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 625$ ).

A análise em função da escala visual analógica deu resultados semelhantes, conforme Quadro 105.

Foi encontrada uma correlação positiva entre as variáveis percepção de efectividade e percepção de auto-eficácia ( $R_s = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ).

Quadro 105. Percepção da efectividade em função do nível de auto-eficácia no aconselhamento, avaliado por escala de tipo visual analógico

Auto-eficácia			Scores de efectividade			Total
Escala VA			$\leq 4$	$>4$ a $6$	$>6$	
Baixa	$n$		150	59	1	210
	%		71,4	28,1	0,5	100,0
Moderada	$n$		89	144	64	297
	%		30,0	48,5	21,5	100,0
Elevada	$n$		20	33	70	123
	%		16,3	26,8	56,9	100,0
Total	$n$		259	236	135	630
	%		41,1	37,5	21,4	100,0

Analisado o cruzamento das duas variáveis, verificou-se haver consistência com os resultados obtidos com a escala de tipo Likert, embora esta última escala se tenha revelado ligeiramente mais conservadora na classificação dos médicos, em particular no que se refere ao nível de auto-eficácia mais elevado, conforme Figura 22.

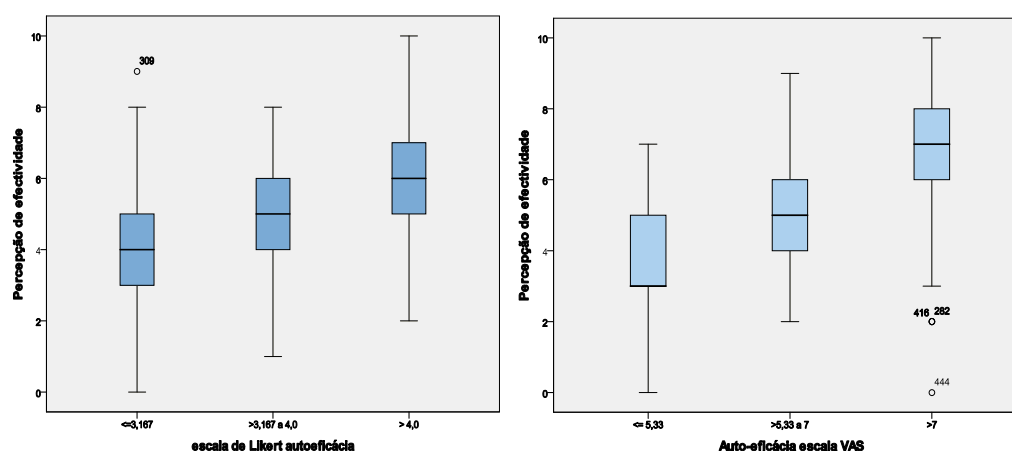


Figura 22. Percepção da efectividade do aconselhamento para a cessação tabágica em função do nível de auto-eficácia avaliada por escala de tipo Likert e por escala de 0 a 10.

### 3.11. Expectativa de sucesso do aconselhamento para a cessação tabágica

Perante a pergunta “se desse apoio a todos os fumadores que, num ano, observa na sua consulta, qual a sua estimativa de abstinentes decorridos 12 meses após a cessação tabágica?” verificou-se, conforme Figura 23., que 30,3% dos médicos não souberam responder. Cinco médicos não responderam a esta pergunta.

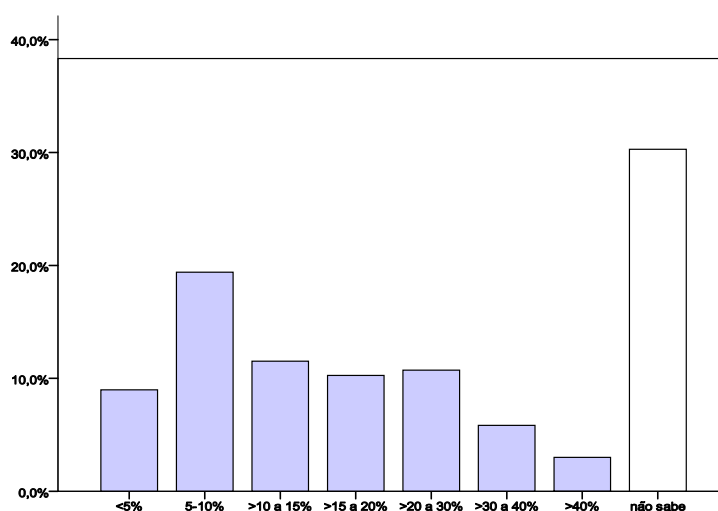


Figura 23. Estimativa de sucesso em percentagem do total de respostas (n = 634).

Relativamente aos 442 médicos que responderam, 27,8% estimaram uma taxa de sucesso entre 5 a 10%. A mediana das respostas situou-se no intervalo entre 10 a 15% de sucesso (16,5%). Apenas 56 (12,7%) médicos indicaram uma estimativa de sucesso do seu aconselhamento traduzido por uma percentagem de abstinentes superior a 30%.

#### 3.11.1. Expectativa de sucesso e formação teórica em cessação tabágica

Analisada a existência de associação entre formação teórica em cessação tabágica e expectativa de sucesso da cessação tabágica, verificou-se que, dos 192 médicos que não souberam responder, 60,9% não possuía formação em cessação tabágica e 27,2% possuía formação com uma duração igual ou inferior a 7 horas.

No Quadro 106. apresenta-se a distribuição das respostas dos 439 médicos que indicaram uma estimativa de sucesso, em função da formação teórica em cessação tabágica, verificando-se que, no grupo de médicos com mais de 35 horas de formação, 36,0% dos médicos apontaram uma expectativa de sucesso entre 15 a 20%. Cerca de metade dos médicos com formação inferior a 35 horas indicou uma estimativa de sucesso igual ou inferior a 10%. Não se confirmou a existência de associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,012$ ;  $p < 0,801$ ;  $n = 439$ ).

Quadro 106. Estimativa de sucesso do aconselhamento, ao final de um ano, e formação teórica em cessação tabágica

Formação teórica		Estimativa de sucesso (anual)					Total
		≤10	>10 a 15%	>15 a 20%	>20 a 30%	>30%	
Não	n	80	31	22	33	30	196
	%	40,8	15,8	11,2	16,8	15,3	100,0
Sim ≤ a 7 h	n	61	20	15	20	12	128
	%	47,7	15,6	11,7	15,6	9,4	100,0
Sim >7 e ≤ 35 h	n	30	11	9	7	8	65
	%	46,2	16,9	13,8	10,8	12,3	100,0
Sim > 35 h	n	8	11	18	8	5	50
	%	16,0	22,0	36,0	16,0	10,0	100,0
Total	n	179	73	64	68	55	439
	%	40,8	16,6	14,6	15,5	12,5	100,0

### 3.11.2. Expectativa de sucesso e formação prática em cessação tabágica

Verificou-se que, em 191 médicos que não souberam indicar qual a expectativa de sucesso do seu aconselhamento, se, durante um ano, todos os pacientes fumadores observados na consulta fossem por si aconselhados, 81,5% não possuía formação prática em cessação tabágica.

Em 343 médicos sem formação, 44,6% situaram o sucesso do seu aconselhamento em valores iguais ou inferiores a 10% e 16,6% em valores superiores a 10 e inferiores a 15%.

Em 97 médicos com formação prática em cessação tabágica, 26,8% indicaram uma estimativa de sucesso inferior ou igual a 10%, e 24,7% uma expectativa de



sucesso entre 15 a 20%, confirmando-se a existência de associação entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,143$ ;  $p < 0,003$ ;  $n = 440$ ).

### 3.11.3. Percepção de auto-eficácia e expectativa de sucesso no aconselhamento

Em 190 médicos que não souberam indicar qual a expectativa de sucesso da sua intervenção, se todos os fumadores fossem por si aconselhados ao longo de um ano, 95 (44,8%) denotaram uma baixa percepção de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica e apenas 26 (15,1%) se situaram no grupo com maior percepção de auto-eficácia.

Apresenta-se no Quadro 107. a distribuição das respostas dos 438 médicos que responderam à pergunta, em função do cruzamento das duas variáveis. Os médicos com *scores* de resposta à escala de auto-eficácia mais baixos apresentaram igualmente expectativas de sucesso mais baixas, existindo uma correlação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,274$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 438$ ).

Quadro 107. Expectativa de sucesso do aconselhamento (taxa de abstinentes aos doze meses) e percepção de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica

Scores auto-eficácia		Expectativa de sucesso					Total
		≤10	>10 a 15%	>15 a 20%	>20 a 30%	>30%	
≤ 3,167	n	67	24	10	9	7	117
	%	57,3	20,5	8,5	7,7	6,0	100,0
>3,167 a 4,0	n	70	27	24	28	26	175
	%	40,0	15,4	13,7	16,0	14,9	100,0
> 4,0	n	40	22	30	31	23	146
	%	27,4	15,1	20,5	21,2	15,8	100,0
Total	n	177	73	64	68	56	438
	%	40,4	16,7	14,6	15,5	12,8	100,0

### 3.11.4. Percepção de efectividade e expectativa de sucesso no aconselhamento

Conforme Quadro 108. os médicos com *scores* de resposta à escala de efectividade mais baixos apresentaram igualmente expectativas de sucesso mais

baixas, existindo uma correlação positiva estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,419$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 442$ ).

Quadro 108. Estimativa de abstinentes aos doze meses e percepção da efectividade do aconselhamento

Scores de efectividade			Estimativa de % de sucesso anual					Total
			≤10	>10 a 15%	>15 a 20%	>20 a 30%	>30%	
≤ 4	n		95	26	17	12	8	158
	%		60,1%	16,5%	10,8%	7,6%	5,1%	100,0%
> 4 a 6	n		64	31	33	31	17	176
	%		36,4%	17,6%	18,8%	17,6%	9,7%	100,0%
> 6	n		21	16	15	25	31	108
	%		19,4%	14,8%	13,9%	23,1%	28,7%	100,0%
Total	n		180	73	65	68	56	442
	%		40,7%	16,5%	14,7%	15,4%	12,7%	100,0%

### 3.12. Barreiras e factores facilitadores

#### 3.12.1. Percepção das barreiras ao aconselhamento

As principais barreiras ao aconselhamento identificadas foram a falta de tempo e a falta de formação específica, seguidas da falta de apoio de outros profissionais, conforme Quadro 109.

Quadro 109. Barreiras ao aconselhamento sobre cessação tabágica

Tipo de barreiras	n	%
Falta de tempo	190	(33,5)
Falta de formação específica	174	(30,6)
Falta de equipa de apoio	118	(20,8)
Falta de interesse dos pacientes para discutirem o assunto	85	(15,0)
Falta de orientações técnicas claras	74	(13,0)
Ausência de indicadores de avaliação desta actividade	47	(8,3)
Elevada taxa de insucesso do aconselhamento	36	(6,3)
Elevada taxa de recaídas	27	(4,8)
Falta de incentivos financeiros	21	(3,7)
Não estar convencido(a) quanto à utilidade do aconselhamento	15	(2,6)
Receio de perturbar negativamente a relação médico-paciente	11	(1,9)
Não querer interferir em assuntos da esfera privada do paciente	8	(1,4)

Analizadas as respostas à opção de resposta aberta a esta pergunta, verificou-se que dezassete médicos indicaram outro tipo de barreiras (não ter lista de utentes, ter iniciado o internato, ser fumador, os médicos fumarem, “o médico deve cingir-se às funções médicas e não sacerdotais”, entre outros motivos).

Cerca de metade dos médicos (51,3%) considerou não sentir barreiras a esta actividade, aconselhando os seus pacientes habitualmente. Sessenta e quatro médicos (10,0%) não responderam a esta pergunta.

### 3.12.2. Factores facilitadores do aconselhamento para a cessação tabágica

Os principais factores valorizados como incentivos ao aconselhamento constam da Quadro 110. Não responderam a esta pergunta 43 médicos (6,7%).

Quadro 110. Factores facilitadores do aconselhamento sobre cessação tabágica

Factores facilitadores	n	%
Realizar um estágio prático de formação	355	(59,6%)
Dispor de outros elementos de apoio (enfermeiro, psicólogo, etc)	342	(57,4%)
Melhorar a formação teórica	310	(52,0%)
Remuneração específica/ incentivo financeiro	151	(25,3%)
Dispor de ficha clínica informatizada	140	(23,5%)
Existir mais interesse para discutir o assunto por parte dos pacientes	137	(23,0%)
Existência de indicadores de avaliação desta actividade	128	(21,5%)
Maior valorização desta área por parte dos colegas e da administração	108	(18,1%)
O sucesso do aconselhamento ser maior	85	(14,3%)
O sucesso da terapêutica farmacológica ser maior	68	(11,4%)
Outro motivo	55	(9,2%)

Analisadas as respostas de modo agrupado, conforme descrito na metodologia, concluiu-se que 75,8% dos médicos referiram pelo menos um incentivo ligado ao contexto organizacional, 71,5% referiram pelo menos um incentivo ligado à melhoria da sua formação e 33,7% referiram pelo menos um incentivo relacionado com a dificuldade inerente ao processo de mudança comportamental. Indicaram outro motivo, 55 médicos (8,6%).

Analisados os outros motivos, o factor “dispor de mais tempo” foi o mais referido (27 respostas), seguido do custo mais baixo das terapêuticas farmacológicas para a cessação tabágica (8 respostas).

## 3.13. Práticas de aconselhamento sobre estilos de vida

Avaliada a frequência do aconselhamento sobre determinados factores de risco e problemas de saúde associados aos estilos de vida, verificou-se que a grande maioria dos médicos respondeu aconselhar os seus pacientes nestas áreas, frequentemente, conforme Quadro 111.

Quadro 111. Frequência do aconselhamento sobre estilos de vida

Frequência	Frutos/ hortícolas (n = 638)	Gorduras (n = 638)	Sal (n = 638)	Obesidade (n = 638)	Actividade física (n = 638)	Álcool (n = 637)	Drogas (n = 635)
Sempre quase sempre	276 (43,3%)	262 (41,0%)	211 (33,1%)	270 (42,3%)	293 (45,9%)	190 (29,8%)	92 (14,5%)
Muitas vezes	289 (45,3%)	331 (51,9%)	262 (41,0%)	331 (51,9%)	291 (45,6%)	330 (51,8%)	92 (14,5%)
Às vezes	66 (10,3%)	39 (6,1%)	98 (15,3%)	34 (5,3%)	49 (7,7%)	108 (17,0%)	174 (27,4%)
Rara/ ou nunca	7 (1,1%)	6 (1,0%)	18 (2,8%)	3 (0,7%)	5 (0,8%)	9 (1,4%)	35 (5,5%)

### 3.14. Iniciativa de aconselhar os pacientes sobre cessação tabágica

Quanto à iniciativa de aconselhar os pacientes sobre o consumo de tabaco, avaliada através da pergunta P.6. do questionário, a grande maioria dos respondentes – 559 (87,9%) – referiu tomar a iniciativa de aconselhar, mesmo quando não existem doenças associadas ao tabaco ou o paciente abordou o assunto. Quatro médicos não responderam a esta pergunta.

Apenas cinco respondentes (0,8%) referiram nunca ou quase nunca aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco, doze (1,9%) referiram aconselhar apenas quando o paciente pede apoio e treze (2,0%) apenas quando há doenças associadas. Os restantes (7,4%), referiram só aconselhar quando o paciente pede apoio ou existem sintomas ou sinais de doença associada ou agravada pelo fumo do tabaco.

#### 3.14.1. Iniciativa de aconselhar, por sexo e por grupo etário

Analizada a iniciativa de aconselhar em função do sexo dos respondentes, verificou-se que, em 558 médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar, 68,3% eram do sexo feminino. Não se encontrou associação entre ambas as variáveis estatisticamente significativa ( $\chi^2 (1) = 2,240$ ;  $p = 0,134$ ;  $n = 635$ ).

Analizada a iniciativa de aconselhar em função do grupo etário, verificou-se que a proporção de médicos que afirmou tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre cessação tabágica diminuiu em função da idade. Dos 220 médicos mais jovens (25-34 anos) apenas 14 (6,4%) referiram não tomar a iniciativa de aconselhar. Dos restantes médicos, 10,1% no grupo dos 35 – 44 anos, 15,5% no grupo dos 45-54 anos e 16,9% no grupo com 55 ou mais anos, assumiram não tomar a iniciativa de aconselhar, existindo associação entre ambas as variáveis estatisticamente significativa ( $\chi^2 (3) = 12,742$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 634$ ).

#### 3.14.2. Anos de prática de MGF e iniciativa de aconselhar

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu tomar a iniciativa de aconselhar os seus doentes relativamente ao consumo de tabaco diminuiu em função dos anos de prática de MGF. Assim, em 284 médicos com prática clínica inferior a 10

anos, 263 (92,6%) responderam tomar a iniciativa de aconselhar. Este valor foi de 77,4%, entre os 53 médicos com mais de 30 anos de prática clínica, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(3) = 13,528$ ,  $p = 0,004$ ;  $n = 633$ ).

#### 3.14.3. Local de exercício de MGF iniciativa de aconselhar

Verificou-se que cerca de 88% dos médicos que referiram trabalhar em Centros de Saúde (USP e UCSP) e cerca de 85% dos que referiram trabalhar nos restantes serviços, referiram tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes. No entanto, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a iniciativa de aconselhar e o local de exercício ( $\chi^2(3) = 0,457$ ;  $p = 0,928$ ;  $n = 622$ ).

#### 3.14.4. Formação em MGF e iniciativa de aconselhar

Analizada a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica, em função da realização do internato da especialidade, verificou-se que 28 (16,4%) médicos que não realizaram o internato da especialidade e 48 (10,4%) dos médicos que realizaram este Internato afirmaram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2_c(1) = 3,646$ ;  $p = 0,056$ ;  $n = 632$ ).

#### 3.14.5. Formação em cessação tabágica e iniciativa de aconselhar

Conforme se pode verificar no Quadro 112., 15,3% dos médicos sem formação, 11,6% dos médicos com formação teórica inferior ou igual a 7 horas e 5,8% dos médicos com formação superior a 7 horas responderam não tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco. Existe associação entre ambas as variáveis estatisticamente significativa ( $\chi^2(3) = 8,155$ ;  $p = 0,043$ ;  $n = 633$ ).

Quadro 112. Iniciativa de aconselhar sobre tabaco em função da formação em cessação tabágica.

Formação teórica		iniciativa de aconselhar		Total
		Não	Sim	
Não	n	48	266	314
	%	15,3	84,7	100,0
Sim ≤ a 7 h	n	21	160	181
	%	11,6	88,4	100,0
Sim >7 e ≤ 35 h	n	5	81	86
	%	5,8	94,2	100,0
Sim > 35 h	n	3	49	52
	%	5,8	94,2	100,0
Total	n	77	556	633
	%	12,2	87,8	100,0

Relativamente à Iniciativa de aconselhar em função da formação prática em cessação tabágica, a totalidade dos 27 médicos com esta formação superior a 35 horas referiram tomar a iniciativa de aconselhar. Dos médicos sem formação 453 (88,0%) e com formação prática com 35 ou menos horas 76 (83,5%) referiram tomar a iniciativa de aconselhar, no entanto a associação entre ambas as variáveis foi marginalmente significativa ( $\chi^2 (2) = 5,336$ ;  $p = 0,069$ ;  $n = 633$ ).

#### 3.14.6. Consumo de tabaco e iniciativa de aconselhar

Verifica-se que 357 (90,4%) médicos que referiram nunca ter fumado, 117 (88,6%) dos que referiram ser ex-fumadores e 82 (77,4%) dos que referiram fumar responderam tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis estatisticamente significativa ( $\chi^2 (2) = 13,362$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 633$ ).

#### 3.14.7. Método clínico centrado no paciente e iniciativa de aconselhar

Analisada a iniciativa de aconselhar em função dos scores de resposta à escala PPOS, verificou-se que 173 (89,2%) médicos que apresentaram scores mais elevados na resposta à PPOS (scores >4,7), mais centrados nos pacientes, referiram tomar a



iniciativa de aconselhar sobre o consumo de tabaco. Dos médicos menos centrados nos pacientes, 81,3% referiram tomar a iniciativa de aconselhar sobre consumo de tabaco, conforme Quadro 113., ( $\chi^2(2) = 9,590$ ;  $p = 0,008$ ;  $n = 604$ ).

Quadro 113. Iniciativa de aconselhar em função do grau de adopção do método clínico centrado no paciente

Método clínico centrado no paciente (PPOS)			Iniciativa de aconselhar		Total
			Não	Sim	
	≤4,2	n	35	152	187
		%	18,7	81,3	100,0
	>4,2 a 4,7	n	20	203	223
		%	9,0	91,0	100,0
	> 4,7	n	21	173	194
		%	10,8	89,2	100,0
Total	n	76	528	604	
	%	12,6	87,4	100,0	

O valor mediano dos scores obtidos na resposta à PPOS foi de 4,4 no grupo de médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar e de 4,3, nos restantes médicos, conforme Quadro 114. O teste de Mann-Whitney, permitiu concluir que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos foram estatisticamente significativas ( $U = 23,914$ ;  $p = 0,007$ ;  $n = 604$ ).

Quadro 114. Scores de resposta à PPOS em função da iniciativa de aconselhar

Iniciativa de aconselhar	n	Mediana	Máximo	Mínimo
Não	76	4,3056	5,67	3,11
Sim	528	4,4444	5,78	2,61
Total	604	4,4444	5,78	2,61

#### 3.14.8. Método clínico centrado no paciente – subescala *sharing* – e iniciativa de aconselhar

Verificou-se que 188 (84,7%) médicos que apresentaram scores mais baixos na resposta à subescala referente à partilha de poder (*sharing*) em função da iniciativa de

aconselhar, referiram tomar a iniciativa de aconselhar sobre o tabaco. Dos restantes médicos, 88,9% tomam a iniciativa de aconselhar sobre tabaco. Porém, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 2,258$ ;  $p = 0,323$ ;  $n = 609$ ).

### 3.14.9. Método clínico centrado no paciente – subescala *sharing* – e iniciativa de aconselhar

Analizada a iniciativa de aconselhar, em função dos *scores* de resposta à subescala “*caring*” verificou-se que, dos 230 médicos que apresentaram *scores* mais elevados na resposta a esta subescala (mais disponíveis para cuidar do paciente), 91,3%. referiram tomar a iniciativa de aconselhar sobre o tabaco. Dos restantes médicos, este valor foi, respectivamente, de 90,0% e de 83,2%, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 8,153$ ;  $p = 0,017$ ;  $n = 624$ ), conforme se confirma no quadro 115.

Verificou-se que o grupo de médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar apresentou um *score* mediano mais elevado na resposta à subescala referente ao cuidar do paciente (5,0) do que os restantes médicos (4,8). Uma vez calculado o teste de Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças nas distribuições dos grupos comparativos da variável dependente (*caring*) são estatisticamente significativas ( $U = 25,162$ ;  $p = 0,003$ ;  $n = 624$ ).

Quadro 115. Iniciativa de aconselhar em função do método clínico centrado no paciente, na vertente do “cuidar

Método clínico centrado no paciente “ <i>caring</i> ”		Iniciativa de aconselhar agrupada		Total
		Não	Sim	
Pouco centrados	n	41	203	244
	%	16,8	83,2	100,0
Moderada/centrados	n	15	135	150
	%	10,0	90,0	100,0
Muito centrados	n	20	210	230
	%	8,7	91,3	100,0
Total	n	76	548	624
	%	12,2	87,8	100,0

### 3.14.10. Grau de importância atribuído à cessação tabágica e iniciativa de aconselhar

Analizada a iniciativa de aconselhar em função da importância atribuída à cessação tabágica, verificou-se que, dos médicos que atribuíram importância elevada à cessação tabágica, 93,0% referiram tomar a iniciativa de aconselhar. Dos restantes 347 médicos, que atribuíram uma importância moderada ou baixa a esta intervenção, referiram não tomar essa iniciativa 57 médicos (16,4%), como se confirma no Quadro 116, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2_c(1) = 12,083$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 632$ ).

Quadro 116. Iniciativa de aconselhar em função da importância atribuída à cessação tabágica

Importância		Iniciativa de aconselhar		Total
		Não	Sim	
Importância moderada ou baixa	n	57	290	347
	%	16,4	83,6	100,0
Importância elevada	n	20	265	285
	%	7,0	93,0	100,0
Total	n	77	555	632
	%	12,2	87,8	100,0

### 3.14.11. Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica e iniciativa de aconselhar

O grupo de médicos que referiu não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre cessação tabágica apresentou um score mediano de resposta à escala de avaliação do papel atribuído ao médico de MGF, nesta área, inferior (4,5) ao encontrado nos médicos que referiram tomar essa iniciativa (5,0). Calculado o teste de Mann-Whitney, concluiu-se que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos foram estatisticamente significativas ( $U = 4,413$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ).

Dos médicos que atribuíram um papel importante ao médico de MGF na cessação tabágica, 96,3% referiram tomar a iniciativa de aconselhar. Este valor desceu para 72,3% entre os restantes médicos, conforme Quadro 117. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(1) = 77,400$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ).

Quadro 117. Papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica em função da iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica

Papel atribuído ao médico			Iniciativa de aconselhar		Total
			Não	Sim	
Moderado a baixo	n		62	162	224
	%		27,7	72,3	100,0
Elevado	n		15	391	406
	%		3,7	96,3	100,0
Total	n		77	553	630
	%		12,2	87,8	100,0

### 3.14.12. Atitudes positivas face à cessação tabágica e iniciativa de aconselhar

Observou-se que 78,8% dos médicos, que apresentaram os *scores* mais baixos na resposta à escala de atitudes positivas, referiram tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes a parar de fumar. Dos restantes médicos, com níveis moderados ou elevados de atitudes positivas, respectivamente 91,9% e 95,1% referiram tomar a iniciativa de aconselhar sobre este assunto, conforme Quadro 118.

Quadro 118. Iniciativa de aconselhar, em função do nível de atitudes positivas face à cessação tabágica

Nível de atitudes positivas			Iniciativa de aconselhar		Total
			Não	Sim	
Baixo	n		52	193	245
	%		21,2	78,8	100,0
Moderado	n		14	159	173
	%		8,1	91,9	100,0
Elevado	n		10	195	205
	%		4,9	95,1	100,0
Total	n		76	547	623
	%		12,2	87,8	100,0

Dos 76 médicos que responderam não tomar a iniciativa de aconselhar, 52 (68,4%) situaram-se no grupo com o nível mais baixo de atitudes positivas, 14 (18,4%) no nível moderado e 10 (13,2%) no nível mais elevado de atitudes positivas, conforme se confirma a partir do Quadro 118., existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 31,615$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ).

Por outro lado, verificou-se que os médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar apresentaram um score de atitudes positivas mais elevado (mediana = 4,3), do que os que responderam não tomar a iniciativa de aconselhar (mediana = 3,8), concluindo-se que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos são estatisticamente significativas ( $U(1) = 28,628$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ).

#### 3.14.13. Atitudes negativas face à cessação tabágica e iniciativa de aconselhar

Verificou-se que 96,0% dos médicos que apresentaram scores baixos na escala de atitudes negativas, referiram tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco. Dos médicos com níveis moderados de atitudes negativas, 90,9% disseram tomar este tipo de iniciativa. Entre os médicos que apresentaram níveis elevados de atitudes negativas, apenas 75,9% deu uma resposta semelhante, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 42,680$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 631$ ) conforme Quadro 119.

Quadro 119. Iniciativa de aconselhar, em função do nível de atitudes negativas face à cessação tabágica.

Nível de atitudes negativas		Iniciativa de aconselhar		Total
		Não	Sim	
Baixo	n	9	215	224
	%	4,0	96,0	100,0
Moderado	n	19	189	208
	%	9,1	90,9	100,0
Elevado	n	48	151	199
	%	24,1	75,9	100,0
Total	n	76	555	631
	%	12,0	88,0	100,0

Por outro lado, verificou-se que os médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar apresentaram um *score* de atitudes negativas mais baixo (mediana = 1,9), do que os médicos que responderam não tomar a iniciativa de aconselhar (mediana = 2,4). As diferenças entre os grupos comparativos foram estatisticamente significativas ( $U = 11,219$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 631$ ).

#### 3.14.14. Auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica e iniciativa de aconselhar

Analizada a iniciativa de aconselhar, em função dos *scores* de resposta à escala de eficácia pessoal no aconselhamento dos pacientes sobre cessação tabágica, verificou-se que 93,7% dos médicos com o nível mais elevado de auto-eficácia, referiram tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco. Entre os médicos que apresentaram *scores* de auto-eficácia mais baixos, 81,6% deram uma resposta semelhante, conforme se confirma no Quadro 120. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 13,440$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 629$ ).

Quadro 120. Iniciativa de aconselhar em função da auto-eficácia para apoiar a cessação tabágica

Nível de auto-eficácia			Iniciativa de aconselhar		Total
			não	sim	
≤ 3,167	n		39	173	212
	%		18,4	81,6	100,0
> 3,167 a 4,0	n		27	216	243
	%		11,1	88,9	100,0
> 4,0	n		11	163	174
	%		6,3	93,7	100,0
Total	n		77	552	629
	%		12,2	87,8	100,0

Por outro lado, verificou-se que os médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar apresentaram um *score* mediano de auto-eficácia mais elevado (3,7) do que os médicos que responderam não tomar essa iniciativa (3,2).

Calculado o teste de Mann-Whitney, concluiu-se que as diferenças entre as distribuições foram estatisticamente significativas ( $U = 27,909$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ).

### 3.14.15. Percepção de efectividade do aconselhamento e iniciativa de aconselhar

Analizada a iniciativa de aconselhar em função da expectativa de efectividade do aconselhamento, verificou-se que, entre os médicos com uma expectativa de efectividade elevada, 89,0% referiram tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes a parar de fumar. Entre os médicos com uma percepção de efectividade baixa, 84,0% apresentaram uma resposta semelhante Quadro 121.. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 7,448$ ;  $p = 0,024$ ;  $n = 629$ ).

Quadro 121. Iniciativa de aconselhar e percepção da efectividade do aconselhamento

Scores efectividade		Iniciativa de aconselhar		Total
		Não	Sim	
≤ 4	n	41	216	257
	%	16,0	84,0	100,0
> 4 a 6	n	19	217	236
	%	8,1	91,9	100,0
> 6	n	15	121	136
	%	11,0	89,0	100,0
Total	n	75	554	629
	%	11,9	88,1	100,0

Por outro lado, verificou-se que os médicos que responderam tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica apresentaram um *score* mediano de expectativa de efectividade mais elevado (mediana = 5,0), do que os médicos que responderam não tomar a iniciativa de aconselhar (mediana = 4,0). As diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos foram estatisticamente significativas ( $U = 24,480$ ;  $p = 0,011$ ;  $n = 629$ ).

### 3.14.16. Expectativa de sucesso do aconselhamento e iniciativa de aconselhar

Dos 77 médicos que referiram não tomar a iniciativa de aconselhar sobre consumo de tabaco, 37 (48,1%) responderam não saber qual a expectativa de sucesso

do aconselhamento. Dos 555 médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar, 154 (27,7%) não souberam responder a esta pergunta. Verificou-se que apenas 2,6% dos médicos, que responderam não tomar a iniciativa de aconselhar, situaram o sucesso do seu aconselhamento acima dos 30%. Este resultado foi de 9,7% entre os médicos que referiram ter essa iniciativa, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(7) = 16,036$   $p = 0,025$ ;  $n = 632$ ).

#### 3.14.17. Percepção das barreiras ao aconselhamento e iniciativa de aconselhar

Dos 267 médicos que identificaram barreiras relacionadas com aspectos organizacionais, 53 (19,9%) referiram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre cessação tabágica, conforme Quadro 122.

Por outro lado, dos 74 médicos que referiram não tomar a iniciativa de aconselhar, 71,6% identificaram barreiras organizacionais, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2_c(1) = 19,306$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 566$ ). Destas barreiras, a falta de tempo foi a mais referida. Assim, em 189 médicos que identificaram a falta de tempo como barreira à sua intervenção nesta área, 20,1% responderam não tomar a iniciativa de aconselhar. Dos restantes 377 médicos, que não identificaram esta barreira, deram uma resposta semelhante 9,5% ( $\chi^2_c(1) = 11,433$   $p < 0,001$ ;  $n = 566$ ).

Dos 119 médicos que identificaram barreiras relacionadas com as dificuldades inerentes ao processo de mudança comportamental, 29 (24,4%) médicos referiram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2_c(1) = 15,681$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 566$ ), conforme Quadro 122.

Quanto à iniciativa de aconselhar em função da identificação de barreiras relacionadas com o processo de comunicação na consulta, verificou-se que em 16 médicos que identificaram este tipo de barreira, 10 referiram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco. Quanto à iniciativa de aconselhar em função da identificação de barreiras relacionadas com a falta de formação, verificou-se que 22,0% dos médicos, que identificaram este tipo de barreira, referiram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco.



Quadro 122. Identificação de barreiras ao aconselhamento em função da iniciativa de aconselhar

Iniciativa de aconselhar		Não	Sim	
Barreiras organizacionais				Total
Não identificadas	n	21	278	299
	%	7,0	93,0	100,0
Identificadas	n	53	214	267
	%	19,9	80,1	100,0
Barreiras relacionadas com a falta de formação				Total
Não identificadas	n	36	357	393
	%	9,2	90,8	100,0
Identificadas	n	38	135	173
	%	22,0	78,0	100,0
Barreiras relacionadas com o processo de mudança de comportamentos				Total
Não identificadas	n	45	402	447
	%	10,1	89,9	100,0
Identificadas	n	29	90	119
	%	24,4	75,6	100,0
Barreiras relacionadas com a comunicação na consulta				Total
Não identificadas	n	64	486	550
	%	11,6	88,4	100,0
Identificadas	n	10	6	16
	%	62,5	37,5	100,0

Dos 74 médicos que responderam não tomar a iniciativa de aconselhar, 38 (51,4%) identificaram a falta de formação como barreira ao aconselhamento. Dos 492 médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar 135 (27,4%) identificaram a falta de formação como uma barreira ao aconselhamento, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2_c(1) = 16,222$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 566$ ).

Verificou-se que 44,7% dos médicos sem formação e 4,5% dos médicos com mais de 35 horas de formação teórica em cessação tabágica identificaram este tipo de barreira ao aconselhamento ( $\chi^2(3) = 59,328$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 566$ ). Dos médicos com mais de 35 horas de formação prática, nenhum identificou a falta de formação como

barreira ao aconselhamento ( $\chi^2(2) = 25,361$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 566$ ), conforme se confirma no Quadro 123.

Quadro 123. Identificação de barreiras relacionadas com a falta de formação, em função das horas de formação teórica e prática em cessação tabágica

Formação teórica			Barreira falta formação		Total
			Não	Sim	
Não	n		156	126	281
	%		55,3	44,7	100,0%
Sim ≤ 7 h	n		124	38	162
	%		76,5	23,5	100,0
Sim >7 e ≤ 35h	n		70	8	78
	%		89,7	10,3	100,0
Sim > 35 h	n		42	2	44
	%		95,5	4,5	100,0
Total	n		392	174	566
	%		69,3	30,7	100,0
Formação prática			Não	Sim	Total
Não	n		297	162	459
	%		64,7	35,3	100,0
Sim ≤ 35 h	n		72	12	84
	%		85,7	14,3	100,0
Sim >35 h	n		23	0	23
	%		100,0	,0	100,0
Total	n		392	174	566
	%		69,3	30,7	100,0

### 3.14.18. Probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar

A fim de analisar a probabilidade de os respondentes tomarem a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica, em função das variáveis independentes, calcularam-se os *odds ratios* brutos e respectivos intervalos de confiança a 95%, com recurso à regressão logística binária, conforme se apresenta no Quadro 124.

Quadro 124. *Odds ratios* da probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica

Variável	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratio</i> <i>bruto</i>	IC a 95%	
Sexo	Masculino*				
	Feminino	0,136	1,451	0,889	2,366
Grupo etário (anos)	≥ 55*				
	25-34	0,002	2,986	1,517	5,874
	35-44	0,148	1,804	0,810	4,014
	45-54	0,780	1,088	0,603	1,961
Consumo de tabaco	Fumadores*				
	Nunca fumadores	0,000	2,750	1,563	4,836
	Ex-fumadores	0,022	2,283	1,129	4,616
Internato MGF	Não ter*				
	Ter o Internato	0,042	1,685	1,018	2,787
Anos de Prática MGF (anos)	> 30 *				
	0-9	0,001	3,666	1,677	8,011
	10-19	0,296	1,623	0,654	4,028
	20-29	0,164	1,694	0,807	3,557
Local Prática MGF	Privada*				
	UCSP	0,684	1,233	0,449	3,388
	Unid. Saúde Familiar	0,655	1,260	0,456	3,481
	Outro serviço SNS	0,882	,889	0,188	4,207
Formação teórica em cessação tabágica	Não*				
	Sim ≤ a 7 horas	0,256	1,375	0,794	2,381
	Sim >7 e ≤ 35 h	0,028	2,923	1,126	7,589
	Sim> 35 h	0,079	2,947	0,883	9,840
Formação Prática em cessação tabágica	Não*				
	≤ 35 horas	0,243	,693	0,375	1,281
	>35 horas	0,998	2,211E8	0,000	
<i>PPOS</i>	≤ 4,22*				
	> 4,22 a 4,67	0,005	2,337	1,298	4,209
	> 4,67	0,031	1,897	1,059	3,399
<i>Caring</i>	≤ 4,778*				
	> 4,778 a 5,222	0,063	1,818	0,968	3,414
	> 5,222	0,010	2,121	1,201	3,744
<i>Sharing</i>	≤ 3,667*				
	>3,667 a 4,222	0,245	1,447	0,776	2,697
	> 4,222	0,186	1,447	0,837	2,501

Quadro 124. *Odds ratios* da probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica (continuação)

Variável	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratio</i> <i>bruto</i>	IC a 95%	
Importância	Moderada/baixa*				
	Elevada	0,000	2,604	1,524	4,451
Papel	Moderado/ baixo*				
	Elevado	0,000	9,976	5,514	18,050
Atitudes Positivas	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,000	3,060	1,636	5,725
	Grau elevado	0,000	5,254	2,595	10,638
Atitudes Negativas	Grau elevado*				
	Grau baixo	0,000	7,594	3,617	15,944
	Grau moderado	0,000	3,162	1,783	5,606
Auto-eficácia	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,029	1,803	1,062	3,064
	Grau elevado	0,001	3,341	1,655	6,744
Efectividade	Baixa*				
	Elevada	0,008	2,168	1,219	3,855
	Moderada	0,186	1,531	0,814	2,880
Segue Prog. Cessação Tabágica	Não*				
	Sim habitualmente	0,000	7,892	3,072	20,271
	Não	0,462	1,217	0,721	2,056
Consulta de apoio intensivo	Sim*				
	Nunca realizou	0,199	0,457	0,138	1,511
	Realizou no passado	0,738	0,767	0,162	3,627
Barreiras processo mudança	Identificar *				
	Não identificar	0,000	2,879	1,712	4,840
Barreiras comunicação na consulta	Identificar *				
	Não identificar	0,000	12,656	4,450	35,992
Barreira falta de formação	Identificar*				
	Não identificar	0,000	2,791	1,698	4,588
Barreiras organizacionais	Identificar *				
	Não identificar	0,000	3,279	1,918	5,603

### 3.15. Práticas de aconselhamento em função dos estádios de mudança comportamental

Tendo como referência os últimos três meses de actividade, verificou-se que 39,0% dos respondentes referiram inquirir sempre ou quase sempre os seus pacientes sobre o consumo de tabaco; 52,5 % aconselhar sempre ou quase sempre e 19,7% avaliar sempre ou quase sempre a motivação para parar de fumar, por parte dos seus pacientes fumadores. No que se refere à abordagem dos ex-fumadores recentes, apenas 26,6% dos médicos referiram inquirir, sempre ou quase sempre, se estes se mantêm abstinentes. Os hábitos de consumo de tabaco são registados, sempre ou quase sempre, por 46,6% dos inquiridos, conforme Quadro 125.

Quadro 125. Frequência da realização de tarefas de aconselhamento e registo com pacientes observados na consulta

	Abordar		Aconselhar		Avaliar motivação		Abordar Ex-fumadores		Registar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sempre/ Qs sempre	245	39,0	330	52,5	124	19,7	167	26,6	293	46,6
Muit. vezes	273	43,4	222	35,3	224	35,6	211	33,5	188	29,9
Às vezes	92	14,6	61	9,7	202	32,1	166	26,4	102	16,2
Raramente	8	1,3	6	0,9	59	9,4	64	10,2	28	4,5
Nunca	11	1,7	10	1,6	20	3,2	21	3,3	18	2,9
Total	629	100,0	629	100,0	629	100,0	629	100,0	629	100,0

Referiram realizar todas estas tarefas “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”, 36,2% dos respondentes.

### 3.15.1. Actuação clínica mais frequente com paciente fumador em preparação para parar de fumar

Tendo como referência um paciente adulto do sexo masculino, fumador de 15 cigarros por dia, sem patologia associada, que pede apoio para parar de fumar, a actuação mais frequente é o aconselhamento (84,8%), seguida da avaliação da motivação para parar (79,1%) e da avaliação da dependência do consumo (66,8%) conforme se pode ver pelo Quadro 126.

Quadro 126. Actuação mais frequente, com um paciente fumador, adulto, sexo masculino, em fase de preparação para parar, 15 cigarros/dia

Realização de tarefas	Não		Sim	
Aconselhamento	95	15,2 %	531	84,8%
Avaliar motivação	131	20,9%	495	79,1%
Avaliar dependência	208	33,2%	418	66,8%
Propor o “dia D”	248	29,7%	377	60,3%
Propor fármacos	311	50,2%	309	49,8%
Propor um plano de seguimento	231	37,0%	394	63,0%
Oferecer um folheto	395	63,2%	230	36,8%
Encaminhar para a sua própria consulta	531	85,0%	94	15,0%
Encaminhar para outra consulta apoio intensivo	330	52,7%	296	47,3%

Verificou-se que, no grupo de médicos que respondeu não ter aconselhado, de modo frequente, os seus pacientes adultos em fase de preparação para fumar de fumar, 29,8% referiram propor fármacos para a cessação tabágica ( $\chi^2_c(1) = 16,886$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 620$ ), conforme quadro 127.

Quadro 127. Realização frequente, de aconselhamento e prescrição de fármacos para a cessação tabágica em pacientes adultos em preparação para parar de fumar.

Aconselhamento			Prescrição de fármacos		Total
			Não	Sim	
	Não	n	66	28	94
		%	70,2	29,8	100,0
	Sim	n	245	281	526
		%	46,6	53,4	100,0
	Total	n	311	309	620
		%	50,2	49,8	100,0

No que se refere à proposta de marcação do designado “dia D”, primeiro dia sem cigarros, 61,4% dos médicos, que referiram marcar este dia, responderam propor terapêutica farmacológica de apoio à cessação tabágica, conforme Quadro 128. ( $\chi^2_c(1) = 48,285$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 619$ ).

Quadro 128. Marcação do “dia D” e prescrição de fármacos para a cessação tabágica em pacientes adultos em preparação para parar de fumar

Proposta do “dia D”			Prescrição de fármacos		Total
			não	sim	
	Não	n	166	80	246
		%	67,5	32,5	100,0
	Sim	n	144	229	373
		%	38,6	61,4	100,0
Total	n	310	309	619	
	%	50,1	49,9	100,0	

### 3.15.2. Realização da intervenção breve (“5 Ás”)

Tendo como referência o preconizado relativamente ao aconselhamento dos pacientes fumadores em função dos estádios de mudança, procurou caracterizar-se a proporção de médicos que referiram realizar uma intervenção breve, integrando as cinco componentes preconizadas no aconselhamento breve: Abordar, Aconselhar, Avaliar, Apoiar e Acompanhar: (“5 As”), tendo como referência os pacientes observados na consulta nos últimos três meses. Assim, o tipo de intervenção de apoio

à cessação tabágica dos pacientes fumadores em estágio de preparação para parar de fumar foi avaliado em função deste modelo, através de uma variável binária composta, concluindo-se que 130 médicos (20,8%) corresponderam a esta caracterização.

### **3.15.2.1. Realização de intervenção breve, por sexo e por grupo etário**

Verificou-se que 38 (18,7%) médicos do sexo masculino e 92 (21,9%) do sexo feminino referiram realizar uma intervenção breve, segundo o modelo dos “5 Ás”, “muitas vezes, sempre ou quase sempre”, não se encontrando associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(1) = 0,636$ ;  $p = 0,425$ ;  $n = 624$ ).

Dos médicos com menos de 35 anos, 23,7% referiram realizar uma intervenção breve, segundo o modelo dos “5 Ás”, “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”, enquanto que apenas 18,8% dos médicos com mais de 54 anos referiram realizar uma intervenção breve com essa frequência, embora não exista associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2(3) = 1,740$ ;  $p = 0,628$ ;  $n = 623$ ).

### **3.15.2.2. Anos de prática de MGF, local de prática e realização de Intervenção breve (“5 Ás”)**

Dos médicos com menos de 10 anos, ou com 30 ou mais anos, de prática clínica de MGF, respectivamente 23,8% e 23,5% referiram realizar uma intervenção breve, frequentemente. Este valor foi de cerca de 17% nos restantes médicos.

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a realização auto-reportada da intervenção breve (“5 Ás”) e os anos de prática de MGF ( $\chi^2(3) = 3,639$ ;  $p = 0,303$ ;  $n = 622$ ).

Verificou-se que 25,4% dos respondentes que trabalham em USF, 18,3 em UCSP, 17,1% na privada e 15,8% em outro serviço do SNS responderam realizar a intervenção breve segundo o modelo dos “5 Ás”, com muita frequência. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 4,873$ ;  $p = 0,181$ ;  $n = 611$ ).



### 3.15.2.3. internato da especialidade de MGF e realização da intervenção breve (“5 Ás”)

Verificou-se que 21,3% dos médicos que referiram ter realizado o Internato da especialidade de MGF e 19,3% dos médicos que referiram não ter este Internato, responderam efectuar uma intervenção breve (“5 Ás) de apoio à cessação tabágica com muita frequência. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre as duas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 0,196$ ;  $p = 0,658$ ;  $n = 621$ ).

### 3.15.2.4 Formação em cessação tabágica e realização da intervenção breve (“5 Ás”)

A proporção de médicos que referiu realizar as cinco componentes da intervenção breve “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”, aumentou progressivamente em função do número de horas de formação, conforme Quadro 129. Em 129 médicos que referiram realizar uma intervenção breve, segundo o modelo dos “5 Ás”, com muita frequência, 65,1% possuía formação teórica em cessação tabágica. Dos médicos que referiram não ter formação apenas 14,5% respondeu realizar este tipo de intervenção com a mesma frequência. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 16,951$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 622$ ).

Quadro 129. Formação teórica em cessação tabágica e realização frequente da intervenção breve (“5 Ás”) para a cessação tabágica

Formação Teórica	Intervenção Breve “5 Ás”			Total
		Às vezes, Rara/ ou nunca	Sempre, Muitas vezes	
Não	n	266	45	311
	%.	85,5	14,5	100,0
Sim ≤ a 7 h	n	135	43	178
	%.	75,8	24,2	100,0
Sim >7 e ≤ 35 h	n	57	25	82
	%.	69,5	30,5	100,0
Sim > 35 horas	n	35	16	51
	%.	68,6	31,4	100,0
Total	n	493	129	622
	%	79,3	20,7	100,0

A proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção breve, com frequência, aumentou com o número de horas de formação prática, de 17,8% para 38,5%, conforme Quadro 130., ( $\chi^2 (2) = 15,317$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 622$ ),

Quadro 130. Formação prática em cessação tabágica e realização da intervenção breve

Formação prática em cessação tabágica		Breve “5 Ás”		Total
		Às vezes, rara/ ou nunca	Sempre, Muitas vezes	
Não	n	417	90	507
	%	82,2	17,8	100,0
Sim ≤ 35 h	n	60	29	89
	%	67,4	32,6	100,0
Sim >35 h	n	16	10	26
	%	61,5	38,5	100,0
Total	n	493	129	622
	%	79,3	20,7	100,0

### 3.15.2.5. Intervenção breve e consumo de tabaco

Verificou-se que 10,4% dos respondentes que referiram fumar, 17,2% dos ex-fumadores e 24,5% dos médicos que nunca fumaram, disseram realizar, frequentemente, uma intervenção breve, com os seus pacientes, conforme Quadro 131. Existe associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 11,272$ ;  $p = 0,004$ ;  $n = 622$ ).

Quadro 131. Realização da intervenção breve (5 Ás) em função do consumo de tabaco

Consumo de tabaco		Breve 5 “Ás”		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, qs. sempre ou muitas vezes	
Nunca fumadores	n	293	95	388
	%	75,5	24,5	100,0
Ex-fumadores	n	106	22	128
	%	82,8	17,2	100,0
Fumadores	n	95	11	106
	%	89,6	10,4	100,0
Total	n	494	128	622
	%	79,4	20,6	100,0

### 3.15.2.6. Método clínico centrado no paciente e intervenção breve

Dos 190 médicos mais centrados nos pacientes, 27,4% referiram realizar uma intervenção breve. Apenas 19,2% dos médicos menos centrados e 18,1% dos médicos moderadamente centrados nos pacientes, referiram realizar as cinco componentes da intervenção breve, de modo frequente, existindo associação marginalmente significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 5,961$ ;  $p = 0,051$ ;  $n = 593$ ).

### 3.15.2.7. Método clínico centrado no paciente na vertente *sharing* e intervenção breve

Dos 230 médicos com pontuação mais elevada na subescala *sharing*, referente à partilha de poder na relação médico-paciente, 19,1% responderam realizar uma intervenção breve, “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”. Apenas 12,9% dos médicos menos centrados nos pacientes no que se refere à partilha de informação referiram realizar uma intervenção breve com a mesma frequência. No entanto, não foi encontrada associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 3,594$ ;  $p = 0,166$ ;  $n = 595$ ).

### 3.15.2.8. Método clínico centrado no paciente na vertente *caring* e intervenção breve

Dos 225 médicos com pontuação mais elevada na subescala *caring*, 24,0% referiram realizar uma intervenção breve com frequência. Apenas 18,3% dos médicos menos centrados nos pacientes na vertente *caring*, referiram realizar uma intervenção breve, com a mesma frequência, não existindo associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 2,252$ ;  $p = 0,324$ ;  $n = 613$ ).

### 3.15.2.9. Importância atribuída à cessação tabágica e intervenção breve

Verificou-se que 22,0% dos médicos que atribuíram importância elevada à cessação tabágica e 19,4% dos que atribuíram importância moderada ou baixa referiram realizar uma intervenção breve “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre” com os seus pacientes fumadores. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 0,477$ ;  $p = 0,490$ ;  $n = 622$ ).

### 3.15.2.10. Realização de intervenção breve e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Cerca de 25% dos médicos que referiram atribuir um papel importante ao médico de MGF na cessação tabágica responderam realizar uma intervenção breve “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre” com os seus pacientes fumadores. Esse valor foi apenas de 13,2% no grupo de médicos que atribuiu um papel menos importante à intervenção do médico de MGF nesta área, existindo associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $\chi^2 (1) = 11,594$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 620$ ), conforme quadro 132.

Quadro 132. Papel atribuído médico de MGF na cessação tabágica e intervenção breve

Papel atribuído ao médico de MGF		Intervenção breve 5 Ás		Total
		Às vezes, rara/ ou nunca	Sempre, ou muitas vezes	
Moderado a baixo	n	191	29	220
	%	86,8	13,2	100,0
Elevado	n	301	99	400
	%	75,3	24,8	100,0
Total	n	492	128	620
	%	79,4	20,6	100,0

### 3.15.2.11. Intervenção breve e atitudes positivas face à cessação tabágica

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção breve sobre cessação tabágica “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”, aumentou com o nível das atitudes positivas face à cessação tabágica, de 12,9% no grupo com o nível mais baixo de atitudes positivas, para 27,6% no grupo com o nível mais elevado, conforme Quadro 133.

Foi encontrada associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 15,136$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 613$ ).

Quadro 133. Atitudes positivas face à cessação tabágica e intervenção breve “5Ás”

Nível de Atitudes positivas			Breve “5Ás”		Total
			Às vezes, rara/ ou nunca	Sempre ou muitas vezes	
Baixo	n		209	31	240
	%		87,1	12,9	100,0
Moderado	n		132	38	170
	%		77,6	22,4	100,0
Elevado	n		147	56	203
	%		72,4	27,6	100,0
Total	n		488	125	613
	%		79,6	20,4	100,0

**3.15.2.12. Atitudes negativas face à cessação tabágica e intervenção breve**

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção breve com frequência diminuiu com o aumento do nível de atitudes negativas, de 29,5% para 8,2%, ( $\chi^2 (2) = 29,891$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 620$ ), conforme quadro 134.

Quadro 134. Atitudes negativas face à cessação tabágica e intervenção breve “5 Ás”

Nível de atitudes negativas			Breve “5Ás”		Total
			Às vezes,rara/ ou nunca	Sempre ou muitas vezes	
Baixo	n		155	65	220
	%		70,5	29,5	100,0
Moderado	n		158	46	204
	%		77,5	22,5	100,0
Elevado	n		180	16	196
	%		91,8	8,2	100,0
Total	n		493	127	620
	%		79,5	20,5	100,0

**3.15.2.13. Intervenção breve e auto-eficácia no apoio à cessação tabágica**

A proporção de médicos que respondeu realizar uma intervenção breve, com frequência, aumentou com o nível de auto-eficácia, conforme Quadro 135.

Quadro 135. Intervenção breve e percepção da auto-eficácia no aconselhamento

Nível de auto-eficácia			Intervenção breve 5 Às		Total
			Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, Muitas vezes	
Baixo	<i>n</i>		188	21	209
	%		90,0	10,0	100,0
Moderado	<i>n</i>		190	49	239
	%		79,5	20,5	100,0
Elevado	<i>n</i>		113	57	170
	%		66,5	33,5	100,0
Total	<i>n</i>		491	127	618
	%		79,4	20,6	100,0

Verificou-se que 13,9% dos médicos com menor nível de auto-eficácia e 35,3% com o nível mais elevado, referiram realizar uma intervenção de aconselhamento breve frequentemente, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 31,660$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 618$ ).

### 3.15.2.14. Percepção da efectividade do aconselhamento e intervenção breve

No grupo de médicos com uma percepção de efectividade baixa, 12,7% responderam realizar uma intervenção breve, frequentemente. Este resultado foi de 31,8% entre o grupo de médicos com uma percepção da sua efectividade no aconselhamento mais elevada, conforme Quadro 136., ( $\chi^2 (2) = 20,706$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 619$ ).

Quadro 136. Intervenção breve em função da percepção da efectividade do aconselhamento

Nível de Efectividade			Breve 5 Às		Total
			Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, quase sempre Muitas vezes	
Baixo	<i>n</i>		220	32	252
	%		87,3	12,7	100,0
Moderado	<i>n</i>		180	55	235
	%		76,6	23,4	100,0
Elevado	<i>n</i>		90	42	132
	%		68,2	31,8	100,0
Total	<i>n</i>		490	129	619
	%		79,2	20,8	100,0

### 3.15.2.15. Intervenção breve e percepção das barreiras ao aconselhamento

Dos 264 médicos que identificaram barreiras organizacionais ao aconselhamento, apenas 36 (13,6%) referiram realizar uma intervenção breve com frequência. O resultado correspondente, entre os 292 médicos que não identificaram este tipo de barreira, foi de 26,7%. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2_c(1) = 13,753$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 556$ ).

Em 186 médicos que identificaram a falta de tempo como barreira à sua intervenção nesta área, 15,1% responderam efectuar uma intervenção breve de modo frequente. Dos restantes 370 médicos, que não identificaram esta barreira, deram uma resposta semelhante 23,2% ( $\chi^2_c(1) = 4,603$   $p < 0,032$ ;  $n = 556$ ).

Dos 119 médicos que identificaram barreiras ao aconselhamento associadas ao processo de mudança comportamental, apenas 16 médicos (13,4%) referiram efectuar uma intervenção breve com frequência. Entre os médicos que não identificaram esta barreira 22,4% deram uma resposta semelhante. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas ( $\chi^2_c(1) = 4,093$ ;  $p = 0,043$ ;  $n = 556$ ).

Dos 171 médicos que identificaram como barreira a falta de formação em cessação tabágica apenas 9,4% referiram realizar uma intervenção breve com frequência. Este resultado foi de 25,5% entre os restantes 385 médicos. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas ( $\chi^2_c(1) = 17,850$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 556$ ).

Dos dezasseis médicos que identificaram barreiras associadas ao processo de comunicação com o paciente, apenas dois referiram efectuar uma intervenção breve “muitas vezes”, ou “sempre ou quase sempre”.

### 3.15.2.16. Iniciativa de aconselhar e realização da intervenção breve

Em 550 médicos que referiram tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes fumadores a parar de fumar, 124 (22,5%) responderam realizar uma intervenção breve segundo o modelo dos “5 Ás” com frequência. Este valor foi de 8,0% nos restantes 75 médicos, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2_c(1) = 7,616$ ;  $p = 0,006$ ;  $n = 625$ ).

### 3.15.2.17 Tempo do aconselhamento breve

Dos 507 médicos que referiram realizar uma intervenção de aconselhamento breve e souberam indicar o tempo dispendido nessa actividade, 318 (62,7%) responderam demorar em média 5 a 10 minutos, cerca de 24% menos de 3 minutos e 13,0% mais de dez minutos, conforme se confirma no Quadro 137.

Cerca de 15% dos médicos assumiram não aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco. Cerca de 4% não souberam responder e doze médicos não responderam a esta pergunta.

Quadro 137. Tempo do aconselhamento breve

Tempo aconselhamento	n	%
<3 minutos	123	19,6
3-10 minutos	318	50,7
>10 minutos	66	10,5
não sabe	25	4,0
Não aconselha	95	15,2
Total	627	100,0

### 3.15.2.18. Encaminhamento para consulta de apoio intensivo

Verificou-se que, dos 130 médicos que referiram fazer uma intervenção breve de modo frequente, com os pacientes observados na consulta nos últimos três meses, integrando as cinco componentes dos “5 Ás”, 32 (24,6%) referiram encaminhar os pacientes para uma consulta de apoio intensivo realizada por outro colega e 34 (26,2%) referiram encaminhar os pacientes fumadores que querem parar de fumar para a sua própria consulta.

Dos restantes médicos que responderam não realizar uma intervenção breve com frequência, 263 médicos (53,5%) responderam encaminhar para uma consulta de apoio intensivo e 60 (12,2%) para a sua própria consulta de MGF ou de apoio intensivo à cessação tabágica.



### 3.15.2.19. Probabilidade de realizar uma intervenção breve de aconselhamento (“5 Ás”)

A fim de explorar a existência de associação entre as variáveis independentes e a realização frequente de aconselhamento breve, com pacientes fumadores que querem parar de fumar, segundo o modelo dos “5 Ás”, procedeu-se ao cálculo de *odds ratios* brutos. Verificou-se que as variáveis que revelaram possuir uma associação estatisticamente significativa com a realização de uma intervenção breve, foram o consumo de tabaco, a posse de formação em cessação tabágica, o papel atribuído ao médico, as atitudes face à cessação tabágica, a percepção de auto-eficácia e de efectividade no aconselhamento, a adopção do Programa-tipo de cessação tabágica da DGS, a realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica e a identificação de barreiras ao aconselhamento, conforme Quadro 138.

Quadro 138. *Odds ratios* brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento de apoio à cessação tabágica (5 Ás)

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratio</i> bruto	IC a 95%	
Sexo	Masculino*				
	Feminino	0,367	1,214	0,796	1,851
Grupo etário	≥ 55 anos*				
	25-34	0,244	1,346	0,817	2,218
	35-44	0,885	1,050	0,543	2,028
	45-54	0,830	1,063	0,608	1,858
Consumo de tabaco	Fumadores*				
	Nunca fumadores	0,002	2,800	1,439	5,449
	Ex-fumadores	0,140	1,792	0,826	3,890
Internato MGF	Não ter Internato*				
	Ter o Internato	0,579	1,135	0,726	1,773
Anos de Prática MGF	≥ 30 anos*				
	0-9	0,961	1,018	0,504	2,055
	10-19	0,365	0,661	0,270	1,620
	20-29	0,349	0,704	0,338	1,467
Local Prática MGF	Privada*				
	UCSP	0,863	1,085	0,429	2,746
	USF	0,291	1,643	0,654	4,128
	Outro serviço SNS	0,899	0,906	0,199	4,120

Quadro 138. *Odds ratios* brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento de apoio à cessação tabágica (5 Âs) (continuação)

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratio</i> bruto	IC a 95%	
Formação teórica cessação tabágica	Não ter formação*				
	sim ≤ a 7 horas	0,004	0,370	0,189	0,724
	sim >7 e ≤ 35 horas	0,300	0,697	0,352	1,381
	sim > 35 horas	0,914	0,959	0,451	2,042
Formação Prática	Não*				
	≤ 35 horas	0,002	2,239	1,360	3,686
	>35 horas	0,011	2,896	1,273	6,590
PPOS	≤ 4,22*				
	>4,22 a 4,67	0,772	0,928	0,561	1,531
	> 4,67	0,065	1,583	0,972	2,577
Caring	≤ 4,778*				
	> 4,778 a 5,222	0,428	1,229	0,738	2,046
	> 5,222	0,135	1,407	0,899	2,201
Sharing	≤ 3,667*				
	>3,667 a 4,222	0,719	0,905	0,526	1,557
	> 4,222	0,066	1,524	0,972	2,388
Importância	Elevada*	0,429	1,170	0,793	1,727
	Moderada ou baixa				
Papel	Papel elevado*	0,001	2,166	1,379	3,404
	Moderado ou baixo				
Atitudes Positivas	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,013	1,941	1,152	3,271
	Grau elevado	0,000	2,568	1,578	4,179
Negativas	Grau elevado*				
	Grau baixo	0,000	4,718	2,621	8,491
	Grau moderado	0,000	3,271	1,784	6,014
Auto-eficácia	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,090	1,523	0,937	2,437
	Grau elevado	0,000	3,367	1,955	5,797
Efectividade	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,002	2,101	1,302	3,389
	Grau elevado	0,000	3,208	1,905	5,403

Quadro 138. *Odds ratios* brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento de apoio à cessação tabágica (5 Âs) (continuação)

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratio</i> bruto	IC a 95%	
Segue Programa de Cessação Tabágica	Não*				
	Sim habitualmente	0,000	4,376	2,669	7,176
	Às vezes	0,004	2,187	1,282	3,730
Consulta	Sim. Realiza*				
	Nunca realizou consulta	0,009	0,42	0,219	0,802
	Realizou no passado	0,556	0,769	0,321	1,842
Barreiras processo mudança	Identificar*				
	Não identificar	0,034	1,861	1,050	3,299
Barreiras comunicação consulta	Identificar*				
	Não identificar	0,428	1,832	0,410	8,178
Barreira falta formação	Identificar*				
	Não identificar	0,000	3,308	1,883	5,811
Barreiras organizacionais	Identificar*				
	Não identificar	0,000	2,308	1,492	3,573

### 3.15.3. Aconselhamento de pacientes fumadores que não querem parar de fumar (estádio de pré-contemplação)

Relativamente à actuação com pacientes fumadores que não querem parar de fumar, as tarefas que os médicos referiram realizar com maior frequência foram: aconselhar, mostrar disponibilidade para apoiar o fumador, caso este decida parar de fumar, e avaliar o grau de relevância que o fumador atribui ao abandono do tabaco, conforme se pode ver no Quadro 139. Onze médicos não responderam a estas perguntas.

De notar que 26,8% dos médicos responderam propor terapêutica farmacológica, com muita frequência.

Quadro 139. Actuação com pacientes fumadores que não querem parar de fumar

Tipo de actuação	Sempre ou qs sempre		Muitas vezes		Às vezes		Raramente ou Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aconselhar	262	41,7	246	39,2	85	13,5	35	5,6
Mostrar disponibilidade para apoiar	223	35,6	227	36,2	129	20,6	48	7,6
Avaliar a Relevância	131	20,9	208	33,2	187	29,8	101	16,1
Identificação de Recompensas	73	11,6	223	35,5	206	32,8	126	20,0
Identificação de Resistências	71	11,3	225	35,8	213	33,9	119	18,9
Avaliação dos Riscos	73	11,6	192	30,6	217	34,6	146	23,2
Prescrição de fármacos	56	8,9	112	17,9	182	29,0	277	44,2
Encaminhar para consulta	57	9,1	96	15,3	130	20,3	343	54,9

Avaliada a intervenção com pacientes que não desejam parar de fumar – estágio de pré-contemplação – verificou-se que 83 médicos (13,2%) referiram efectuar uma intervenção de aconselhamento de acordo com o preconizado pelo Programa-tipo de cessação tabágica da DGS, em função dos “4 Rs” – Relevância, Riscos, Recompensas e Resistências –, de modo frequente, nos últimos três meses e, por outro lado, não prescreveram medicação farmacológica, dado não estar indicada neste estágio de mudança. Quanto à Repetição destas quatro tarefas (5.º “R”) verificou-se que concordaram totalmente com a afirmação “devem aproveitar-se todas as oportunidades de contacto com os pacientes fumadores para os aconselhar a parar de fumar” 75,8% dos respondentes e concordaram em parte 19,3%. Apenas 2,7% dos respondentes discordaram total ou parcialmente desta afirmação. Seis médicos não responderam.

### 3.15.3.1. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação, sexo e grupo etário

Referiram fazer uma intervenção de aconselhamento com pacientes que não querem parar de fumar, com frequência, 32 (15,7%) dos 204 médicos do sexo masculino e 51 (12,1%) dos 423 médicos do sexo feminino. Doze médicos não responderam. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2_c(1) = 1,278$ ;  $p = 0,258$ ;  $n = 627$ ).

A proporção de médicos que referiu proceder a uma intervenção de aconselhamento adaptada a pacientes fumadores que não querem parar de fumar, aumentou progressivamente com o grupo etário, de 9,6% nos médicos com menos de 34 anos a 16,6% nos médicos com 55 ou mais anos. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (3) = 4,250$ ;  $p = 0,236$ ;  $n = 626$ ).

### **3.15.3.2. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação, anos e local de prática de MGF**

Entre os 283 médicos com menos de dez anos de prática de MGF, 28 (9,9%) referiram realizar uma intervenção de aconselhamento integrando os “4 Rs” de modo frequente. No grupo dos 10 aos 19 anos, em 71 médicos, esta proporção foi de 15,5%; no grupo dos 20 aos 29 anos, em 220 médicos, foi de 17,3% e em 51 médicos, com 30 ou mais anos de prática, foi de 11,8%. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre realizar intervenção de aconselhamento, com pacientes que não querem parar de fumar, e anos de prática de MGF ( $\chi^2 (3) = 6,266$ ;  $p = 0,099$ ;  $n = 625$ ).

Dos 271 médicos que referiram trabalhar numa unidade de saúde familiar (USF) 11,8% referiram realizar uma intervenção de aconselhamento integrando os “4 Rs” de modo frequente. Este resultado foi de 14,5% entre os 289 médicos que referiram trabalhar numa UCSP, de 17,1% entre os médicos que referiram trabalhar no sector privado e de 5,3% em outros serviços do SNS. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis ( $\chi^2 (3) = 2,427$ ;  $p = 0,489$ ;  $n = 614$ ).

### **3.15.3.3. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e realização do Internato da especialidade de MGF**

Verificou-se que 14,3% dos médicos com o Internato da especialidade de MGF e 12,9% dos médicos sem este Internato afirmaram realizar todas as componentes de intervenção preconizadas para o aconselhamento dos pacientes que não querem parar de fumar (“4 Rs”), “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2_c (1) = 0,094$ ;  $p = 0,759$ ;  $n = 624$ ).

**3.15.3.4. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e formação teórica em cessação tabágica**

Dos 51 médicos com formação teórica em cessação tabágica superior a 35 horas, 21,6% referiram realizar uma intervenção de aconselhamento (“4 Rs”); com pacientes fumadores que não querem parar de fumar. Este valor foi de 10,0% no grupo de 180 médicos com sete ou menos horas de formação, de 10,6% no grupo de 85 médicos com mais de sete a 35 horas de formação e de 14,6% no grupo de 309 médicos sem formação. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $\chi^2(3) = 5,700$ ;  $p = 0,127$ ;  $n = 625$ ).

**3.15.3.5. Aconselhamento de pacientes em estágio de em pré-contemplação e formação prática em cessação tabágica**

A proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com pacientes que não querem parar de fumar, aumentou com o número de horas de formação prática, de 11,1%, no grupo de médicos com formação até 35 horas, para 25,9%, no grupo com mais de 35 horas de formação prática. No grupo sem formação prática, este valor foi de 13,0%. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 4,153$ ;  $p = 0,125$ ;  $n = 625$ ).

**3.15.3.6. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e consumo de tabaco**

Verificou-se que 90,6% dos médicos que referiram fumar, 82,2% dos que referiram ser ex-fumadores e 87,4% dos que referiram nunca ter fumado responderam não realizar, com frequência, uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes que não querem parar de fumar.

De 82 médicos que referiram realizar uma intervenção de aconselhamento, com pacientes em pré-contemplação, de modo frequente, 59,8% referiram nunca ter fumado e apenas 10 médicos (12,2%) referiram fumar. No entanto, não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 3,879$ ;  $p = 0,144$ ;  $n = 625$ ).

### 3.15.3.7. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e abordagem centrada no paciente

Dos médicos mais centrados nos pacientes, 18,2% referiram aconselhar os seus pacientes que não querem parar de fumar, de modo frequente, segundo o modelo dos “4 Rs”. O resultado correspondente foi de 8,6% nos médicos moderadamente centrados nos pacientes e de 13,2% nos menos centrados, conforme se pode ver no Quadro 140.

Quadro 140. Abordagem centrada no paciente e aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação

Scores de resposta à PPOS		Intervenção motivacional “4 Rs”		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, qs. sempre ou muitas vezes	
Menos centrados	n	158	24	182
	%	86,8	13,2	100,0
Moderada/ centrados	n	203	19	222
	%	91,4	8,6	100,0
Muito centrados	n	157	35	192
	%	81,8	18,2	100,0
Total	n	518	78	596
	%	86,9	13,1	100,0

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a adopção de uma abordagem centrada no paciente e a realização de uma intervenção de aconselhamento com pacientes que não querem parar de fumar ( $\chi^2 (2) = 8,467$ ;  $p = 0,014$ ;  $n = 596$ ).

### 3.15.3.8. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e abordagem na consulta centrada no paciente na vertente *sharing*

Dos 231 médicos com pontuação mais elevada na subescala *sharing*, 15,6% referiram realizar, frequentemente, uma intervenção de aconselhamento, segundo o modelo dos “4 Rs”. Apenas 11,1% dos médicos menos centrados nos pacientes, na vertente *sharing*, referiram realizar uma intervenção de aconselhamento com frequência, conforme Quadro 141, não existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 2,101$ ;  $p = 0,350$ ;  $n = 601$ ).

Quadro 141. Abordagem na consulta centrada no paciente – *sharing* – e aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação

Método clínico centrado no paciente subescala <i>sharing</i>		Intervenção motivacional “4 Rs”		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, qs. sempre ou muitas vezes	
Menos centrados	n	193	24	217
	%	88,9	11,1	100,0
Moderada/ centrados	n	134	19	153
	%	87,6	12,4	100,0
Muito centrados	n	195	36	231
	%	84,4	15,6	100,0
Total	n	522	79	601
	%	86,9	13,1	100,0

### 3.15.3.9. Aconselhamento de pacientes em estágio de em pré-contemplação e abordagem na consulta centrada no paciente na vertente *caring*

Dos 229 médicos com pontuação mais elevada na subescala *caring*, 14,8% referiram realizar uma intervenção de aconselhamento de modo frequente. Apenas 12,5% dos médicos menos centrados nos pacientes referiram realizar o mesmo tipo de intervenção, conforme Quadro 142., não existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 1,327$ ;  $p = 0,515$ ;  $n = 616$ ).

Quadro 142. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e abordagem na consulta centrada no paciente – *caring*.

Método clínico centrado no paciente subescala <i>sharing</i>		Intervenção motivacional “4 Rs”		Total
		Às vezes, rara/ ou nunca	Sempre, qs. sempre ou muitas vezes	
≤ 4,778	n	210	30	240
	%	87,5	12,5	100,0
> 4,778 a 5,222	n	131	16	147
	%	89,1	10,9	100,0
> 5,222	n	195	34	229
	%	85,2	14,8	100,0
Total	n	536	80	616
	%	87,0	13,0	100,0



### 3.15.3.10. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e importância atribuída à cessação tabágica

Dos 284 médicos que atribuíram elevada importância ao papel do médico de MGF na cessação tabágica, 16,5% referiram realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores que não querem parar de fumar, com frequência. Nos restantes médicos obteve-se um valor de 10,5%, conforme Quadro 143.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 4,444$ ;  $p = 0,035$ ;  $n = 627$ ).

Quadro 143. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação em função da importância atribuída à cessação tabágica.

Importância atribuída à cessação tabágica		Intervenção motivacional "4 Rs"		Total
		Às vezes, rara/ ou nunca	Sempre, quase sempre/ muitas vezes	
Moderada ou baixa	n	307	36	343
	%	89,5	10,5	100,0
Elevada	n	237	47	284
	%	83,5	16,5	100,0
Total	n	544	83	627
	%	86,8	13,2	100,0

### 3.15.3.11. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Em 405 médicos que manifestaram estar totalmente de acordo com a intervenção do médico de MGF nesta área, 16,0% referiram realizar, com frequência, uma intervenção motivacional breve com pacientes que não querem parar de fumar.

Entre os restantes médicos foi encontrado um valor de 8,2%, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2_c(1) = 6,994$ ;  $p = 0,006$ ;  $n = 625$ ), conforme Quadro 144.

Quadro 144. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação em função do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Papel atribuído ao médico de MGF no apoio à cessação tabágica		Intervenção motivacional “4 Rs”		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, quase sempre ou muitas vezes	
Discordância ou concordância parcial	n	202	18	220
	%	91,8	8,2	100,0
Concordância total	n	340	65	405
	%	84,0	16,0	100,0
Total	n	542	83	625
	%	86,7	13,3	100,0

### 3.15.3.12. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e atitudes positivas

O grupo de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores renitentes a parar de fumar, “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre”, apresentou um *score* mediano de resposta à escala de atitudes positivas de 4,4, os restantes médicos um *score* mediano de 4,3. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos comparativos; Teste Mann-Whitney ( $U = 26,887$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 618$ ).

Verificou-se que a proporção de médicos que referiram realizar uma intervenção breve com os seus pacientes fumadores, em estágio de pré-contemplação, de modo frequente, aumentou em função do nível de atitudes positivas, de 8,3% para 19,5%, conforme Quadro 145., existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 12,151$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 618$ ).

Quadro 145. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e nível de atitudes positivas

Nível de atitudes positivas			Aconselhamento		Total
			Sem intervenção/ intervenção. incompleta	Intervenção breve - 4 Rs	
≤ 4,00	n		221	20	241
	%		91,7%	8,3%	100,0%
> 4,00 a 4,375	n		150	22	172
	%		87,2%	12,8%	100,0%
> 4,375	n		165	40	205
	%		80,5%	19,5%	100,0%
Total	n		536	82	618
	%		86,7%	13,3%	100,0%

### 3.15.3.13. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e nível de atitudes negativas

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores, que não querem parar de fumar, “muitas vezes”, ou “sempre ou quase sempre”, aumentou progressivamente em função da diminuição do nível de atitudes negativas, de 17,2% para 9,2%, conforme Quadro 146, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 5,798$ ;  $p = 0,055$ ;  $n = 624$ ).

Quadro 146. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e nível de atitudes negativas

Nível de atitudes negativas		Intervenção motivacional “4 Rs”		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, q.s. sempre ou muitas vezes	
Baixo	n	183	38	221
	%	82,8	17,2	100,0
Moderado	n	180	27	207
	%	87,0	13,0	100,0
Alto	n	178	18	196
	%	90,8	9,2	100,0
Total	n	541	83	624
	%	86,7	13,3	100,0

O grupo de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores, que não querem parar de fumar, com muita frequência, apresentou uma mediana de 1,8 nos *scores* de resposta à escala de atitudes negativas face à cessação tabágica. Esse valor foi de 1,9 nos restantes médicos. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos grupos comparativos; Teste de Mann-Whitney ( $U (1) = 19,060$ ;  $p = 0,026$ ;  $n = 624$ ).

### 3.15.3.14. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e auto-eficácia no apoio à cessação tabágica

O grupo de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores que não querem parar de fumar, com muita frequência, apresentou uma mediana de 4,0 nos *scores* de resposta à escala de auto-eficácia; os

restantes médicos apresentaram uma mediana de 3,5. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre as distribuições dos grupos comparativos; Teste Mann-Whitney ( $U = 28,612$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 622$ ).

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores em pré-contemplação foi de 8,2% no grupo com o menor nível de auto-eficácia e de 22,5% no grupo com o nível mais elevado, conforme se pode ver no Quadro 147., existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 18,426$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 622$ ).

Quadro 147. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e percepção do nível de auto-eficácia no aconselhamento

Nível de auto-eficácia (escala de Likert)		Intervenção motivacional “4 Rs”		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, q.s. Sempre/ muitas vezes	
Baixo	n	191	17	208
	%	91,8	8,2	100,0
Moderado	n	214	27	241
	%	88,8	11,2	100,0
Alto	n	134	39	173
	%	77,5	22,5	100,0
Total	n	539	83	622
	%	86,7	13,3	100,0

### 3.15.3.15. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e percepção da efectividade do aconselhamento

Tendo por base a percepção da efectividade do aconselhamento na cessação tabágica avaliada pela escala visual de 0 a 10, a proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores em pré-contemplação foi de 9,5% no grupo com a percepção de efectividade mais baixa, de 15,7% no grupo com uma percepção de efectividade intermédia e de 16,3% no grupo com uma percepção de efectividade mais elevada, não existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 5,452$ ;  $p = 0,065$ ;  $n = 623$ ).

### 3.15.3.16. Aconselhamento de pacientes em estágio de pré-contemplação e percepção das barreiras ao aconselhamento

Embora as proporções dos médicos que referiram realizar, com muita frequência, uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores em estágio de pré-contemplação fossem ligeiramente superiores nos grupos de médicos que não identificaram barreiras ao aconselhamento, não foi encontrada associação estatisticamente significativa.

Em 186 médicos que identificaram a falta de tempo como barreira à sua intervenção nesta área, 11,3% responderam efectuar, com frequência, uma intervenção de aconselhamento segundo o modelo dos “4 Rs” . Dos restantes 374 médicos, que não identificaram esta barreira, deram uma resposta semelhante 15,0%. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 1,127$   $p < 0,288$ ;  $n = 560$ ).

Em 170 médicos que identificaram a falta de formação como barreira ao seu trabalho nesta área, 10,6% responderam efectuar, com frequência, uma intervenção de aconselhamento segundo o modelo dos “4Rs” Dos restantes 390 médicos, que não identificaram esta barreira, deram uma resposta semelhante 15,1%. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 1,693$   $p < 0,193$ ;  $n = 560$ ).

Quadro 148 . Odds ratios brutos de realizar uma intervenção de aconselhamento (4 Rs) com pacientes que não querem parar de fumar

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	Odds ratio bruto	IC a 95%	
Sexo	Masc*				
	Fem	0,210	0,737	0,457	1,188
Grupo etário	25-34 anos*				
	35-44	0,303	1,489	0,698	3,174
	45-54	0,179	1,548	0,819	2,927
	≥ 55 anos	0,044	1,872	1,016	3,447
Consumo de tabaco	Fumadores*				
	Nunca fumadores	0,379	1,379	0,674	2,825
	Ex-fumadores	0,069	2,083	0,943	4,599

Quadro 148. *Odds ratios* brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes que não querem parar de fumar (continuação)

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratio</i> bruto	IC a 95%	
Internato MGF	Não ter o Internato*				
	Ter o Internato	0,660	0,892	0,535	1,487
Anos de Prática MGF	≥ 30*				
	0-9	0,685	0,824	0,323	2,102
	10-19	0,559	1,375	0,473	3,997
	20-29	0,340	1,566	0,624	3,932
Local Prática MGF	Outro serviço SNS*				
	Privada	0,682	0,822	0,322	2,100
	UCSP	0,371	0,647	0,249	1,679
	USF	0,241	0,269	0,030	2,417
Formação teórica cessação tabágica	Não ter formação*				
	Sim ≤ a 7 horas	0,149	0,652	0,365	1,165
	Sim >7 e ≤ 35 horas	0,347	0,695	0,325	1,485
	Sim > 35 horas	0,204	1,613	0,771	3,376
Formação Prática	Não*				
	≤ 35 horas	0,063	0,427	0,174	1,048
	>35 horas	0,062	0,357	0,121	1,055
<i>PPOS</i>	≤ 4,22*				
	>4,22 a 4,67	0,136	0,616	0,326	1,165
	> 4,67	0,183	1,468	0,835	2,581
<i>Caring</i>	≤ 4,778*				
	> 4,778 a 5,222	0,634	0,855	0,449	1,629
	> 5,222	0,460	1,221	0,720	2,070
<i>Sharing</i>	≤ 3,667*				
	>3,667 a 4,222	0,688	1,140	0,601	2,164
	> 4,222	0,162	1,485	0,854	2,582
Importância	Moderada ou baixa*				
	Elevada	0,027	1,691	1,061	2,695
Papel	Moderado ou baixo*				
	Papel elevado	0,007	2,145	1,237	3,720

Quadro 148 . Odds ratios brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes que não querem parar de fumar (continuação)

Variáveis	*Categoria referência Categorias	p	Odds ratio bruto	IC a 95%	
Atitudes Positivas	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,139	1,621	0,855	3,074
	Grau elevado	0,001	2,679	1,510	4,753
Atitudes Negativas	Grau elevado*				
	Grau baixo	0,018	2,053	1,130	3,732
	Grau moderado	0,221	1,483	0,789	2,789
Auto-eficácia	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,283	1,418	0,749	2,681
	Grau elevado	0,000	3,270	1,775	6,024
Efectividade	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,039	1,783	1,031	3,084
	Grau elevado	0,051	1,858	0,998	3,456
Segue Programa de Cessação Tabágica	Não*				
	Sim habitualmente	0,001	2,454	1,415	4,255
	As vezes	0,390	1,312	0,706	2,439
Realizar consulta de apoio intensivo	Realiza*				
	Não nunca realizou	0,168	0,581	0,268	1,258
	Realizou no passado	0,715	0,822	0,287	2,355
Barreiras processo mudança	Identificar*				
	Não identificar	0,913	1,033	0,572	1,868
Barreiras comunica�o consulta	Identificar*				
	Não identificar	0,998	2,664E8	0,000	
Barreira falta forma�o	Identificar*				
	Não Identificar	0,154	1,505	0,858	2,639
Barreiras organizacionais	Identificar*				
	Não Identificar	0,080	1,555	0,949	2,550

### 3.15.4. Abordagem motivacional com pacientes fumadores em estágio de contemplação (ambivalentes) relativamente à cessação tabágica

Apresentam-se no Quadro 149. as distribuições das respostas em função da frequência de realização das diferentes componentes de uma abordagem de aconselhamento motivacional com pacientes fumadores que gostariam de parar de fumar, mas não se sentem prontos para a mudança (ambivalentes).

Verificou-se que 123 médicos (19,7%) referiram efectuar uma intervenção de aconselhamento, tendo por base os princípios da entrevista motivacional, “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre”. Catorze médicos não responderam a estas perguntas.

Quadro 149. Actuação com pacientes fumadores ambivalentes relativamente à cessação tabágica

Tarefas	Sempre/Quase sempre		Muitas vezes		Às vezes		Raramente ou Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aconselhar	308	49,1	249	39,7	249	39,7	17	2,7
Afirmações positivas	190	30,4	267	42,7	123	19,6	46	7,4
Avaliar importância	145	23,1	270	43,1	134	21,4	78	12,5
Obstáculos/resistências	103	16,4	241	38,4	175	27,9	108	17,2
Falhas de mudança	101	16,1	225	35,9	192	30,7	108	17,3
Benefícios/recompensas	98	15,6	234	37,3	178	28,4	117	18,7
Suscitar as discrepâncias	93	14,8	199	31,7	215	34,3	120	19,1
Plano de mudança	92	14,7	209	33,4	205	32,7	120	19,2
Perguntas abertas	91	14,5	194	31,0	204	32,6	137	21,9
Avaliar auto-eficácia	90	14,4	190	30,4	190	30,4	148	23,7
Encaminhamento consulta de apoio intensivo	96	15,3	136	21,7	122	19,1	273	43,5
Terapêutica farmacológica	51	8,1	126	20,1	204	32,5	246	39,2



**3.15.4.1. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes, sexo e grupo etário**

De acordo com as respostas obtidas, 25,5% dos homens e 16,9% das mulheres referiram realizar uma intervenção motivacional “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre” com os seus pacientes em ambivalência, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2_c(1) = 6,395$ ;  $p = 0,011$ ;  $n = 624$ ).

A proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção motivacional com os pacientes fumadores em estágio de contemplação, “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre”, foi de 16,5% nos médicos com menos de 35 anos de idade, de 10,3% nos médicos com 35 a 44 anos, de 26,9% nos médicos com 45 a 54 anos e de 22,2% nos médicos com 55 ou mais anos de idade, existindo associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 11,988$ ;  $p = 0,007$ ;  $n = 623$ ).

**3.15.4.2. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes, anos de prática e local de prática**

De acordo com os resultados obtidos, 14,9% dos médicos com menos de dez anos de prática de MGF, 19,7% com 10 a 19 anos de prática, 26,0% com 20 a 29 anos de prática e 19,6% com 30 ou mais anos de prática referiram realizar uma intervenção motivacional com muita frequência, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(3) = 9,527$ ;  $p = 0,023$ ;  $n = 622$ ).

Cerca de 21% dos médicos que referiram trabalhar numa UCSP, 17,8% dos que trabalham numa USF, 23,5% no sector privado e 15,8% em outro serviço do SNS referiram realizar uma intervenção motivacional com os pacientes fumadores ambivalentes, “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre”. No entanto, não se encontrou associação estatisticamente significativas entre estas duas variáveis, ( $\chi^2(3) = 1,251$ ;  $p = 0,741$ ;  $n = 612$ ).

**3.15.4.3. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes e realização do internato da especialidade de MGF**

Verificou-se que 22,8% dos respondentes sem o Internato da especialidade e 18,5% dos respondentes com este Internato referiram aconselhar os pacientes ambivalentes relativamente ao parar de fumar, “muitas vezes”, “sempre ou quase

sempre”. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $X^2_c(1) = 1,142$ ;  $p = 0,237$ ;  $n = 621$ ).

#### 3.15.4.4. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes e formação teórica em cessação tabágica

A proporção de médicos que responderam realizar “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre”, uma intervenção motivacional com os pacientes fumadores ambivalentes, aumentou com o número de horas de formação, sendo de 16,6% no grupo de médicos sem formação, de 19,0% entre os médicos com sete ou menos horas de formação, de 25,9% entre os médicos com mais de 7 a 35 horas de formação e 29,4% nos médicos com mais de 35 horas de formação. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa do ponto de vista estatístico ( $\chi^2(3) = 7,021$ ;  $p = 0,071$ ;  $n = 622$ ).

#### 3.15.4.5. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes e formação prática em cessação tabágica

A proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes aumentou em função do número de horas de formação prática em cessação tabágica, de 17,8%, nos médicos sem formação a 38,5%, no grupo de médicos com formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas, conforme Quadro 150. existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $X^2(2) = 8,880$ ;  $p = 0,012$ ;  $n = 622$ ).

Quadro 150. Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes – em função da formação prática em cessação tabágica

Formação prática Em cessação tabágica		Intervenção motivacional		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, quase sempre ou muitas vezes	
Não	n	416	90	506
	%	82,2	17,8	100,0
Sim ≤ 35 h	n	67	23	90
	%	74,4	25,6	100,0
Sim >35 h	n	16	10	26
	%	61,5	38,5	100,0
Total	n	499	123	622
	%	80,2	19,8	100,0

#### **3.15.4.6. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes e consumo de tabaco**

Verificou-se que 84,9% dos médicos que referiram ser fumadores, 76,2% dos que referiram ser ex-fumadores e 80,5% dos que referiram nunca ter fumado, responderam não realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes em contemplação para parar de fumar, com frequência, não existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 2,784$ ;  $p = 0,249$ ;  $n = 622$ ).

#### **3.15.4.7. Método clínico centrado no paciente e abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes**

Do grupo de 192 médicos mais centrados nos pacientes, 25,0% referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes relativamente à cessação tabágica, com grande frequência. Apenas 17,5% dos médicos menos centrados nos pacientes e 17,3% dos médicos moderadamente centrados referiram realizar uma intervenção motivacional com a mesma frequência, não existindo, no entanto, associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 4,765$ ;  $p = 0,092$ ;  $n = 595$ ).

#### **3.15.4.8. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes em função da abordagem na consulta centrada no paciente - *sharing***

Dos 231 médicos com pontuação mais elevada na escala *sharing*, 22,9% referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes em contemplação para parar de fumar “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”. Apenas 16,5% dos médicos menos centrados nos pacientes e 19,2% dos moderadamente centrados referiram realizar uma intervenção motivacional com a mesma frequência, não existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 2,962$ ;  $p = 0,227$ ;  $n = 600$ ).

#### **3.15.4.9. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes em função da abordagem na consulta centrada no paciente - *caring***

Dos 229 médicos com pontuação mais elevada na escala *caring*, 54 (23,6%) referiram realizar uma intervenção motivacional com pacientes em ambivalência, de modo frequente.

Apenas 17,2% dos médicos menos centrados nos pacientes e 18,4% dos médicos moderadamente centrados referiram realizar uma intervenção motivacional, com a mesma frequência, não existindo, no entanto, associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $\chi^2(2) = 3,229$ ;  $p = 0,192$ ;  $n = 615$ ).

#### **3.15.4.10. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes em função da importância atribuída**

Dos 281 médicos que atribuíram elevada importância à cessação tabágica, 26,0% referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes, com muita frequência.

Este resultado foi de 14,6% entre os restantes médicos, ( $\chi^2_c(1) = 11,854$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 623$ ).

#### **3.15.4.11. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes em função do papel atribuído ao médico de MGF**

Dos 401 médicos que atribuíram um papel importante ao médico de MGF no apoio à cessação tabágica, 25,4% referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes, com muita frequência. Entre os restantes médicos, 9,5% deram uma resposta semelhante, ( $\chi^2_c(1) = 21,596$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 621$ ).

#### **3.15.4.12. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes em função do nível de atitudes positivas**

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes, com muita frequência, registou um aumento em função do nível de atitudes positivas, de 10,8% para 30,7%, conforme se confirma no Quadro 151., ( $\chi^2(2) = 27,541$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 614$ ).

Quadro 151. Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes em função do nível de atitudes positivas

Nível de atitudes positivas		Intervenção motivacional		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, qs. sempre ou muitas vezes	
Baixo	n	215	26	241
	%	89,2	10,8	100,0
Moderado	n	138	33	171
	%	80,7	19,3	100,0
Elevado	n	140	62	202
	%	69,3	30,7	100,0
Total	n	493	121	614
	%	80,3	19,7	100,0

#### 3.15.4.13. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes e atitudes negativas

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu realizar, frequentemente, uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes diminuiu em função do aumento do nível de atitudes negativas, de 27,4 para 13,8%, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 13,473$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 621$ ), conforme se confirma no Quadro 152.

Quadro 152. Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes em função do nível de atitudes negativas

Nível de atitudes negativas		Intervenção motivacional		Total
		Às vezes, rara/ ou nunca	Sempre, qs. Sempre/ muitas vezes	
Baixo	n	159	60	219
	%	72,6	27,4	100,0
Moderado	n	172	35	207
	%	83,1	16,9	100,0
Elevado	n	168	27	195
	%	86,2	13,8	100,0
Total	n	499	122	621
	%	80,4	19,6	100,0

### 3.15.4.14. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes e auto-eficácia no apoio à cessação tabágica

Quando se analisam as diferenças de scores na escala de auto-eficácia, entre o grupo que referiu realizar uma intervenção motivacional e o que referiu não realizar este tipo de intervenção, verifica-se que as medianas são respectivamente de 4,2 e 3,5. Calculou-se o teste de Mann-Whitney ( $U = 46,722$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 619$ ), concluindo-se que as diferenças entre as distribuições dos grupos comparativos são estatisticamente significativas.

A proporção de médicos que referiu realizar com muita frequência uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes relativamente ao abandono do tabaco, registou um aumento progressivo com o nível de auto-eficácia, conforme Quadro 153., existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 81,006$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 619$ ).

Quadro 153. Intervenção motivacional em função da auto-eficácia

Nível de auto-eficácia (Escala de Likert)			Intervenção motivacional		Total
			Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, qs. sempre ou muitas vezes	
Baixo	n		199	8	207
	%		96,1	3,9	100,0
	n	Moderado	196	44	240
	%		81,7	18,3	100,0
Elevado	n		102	70	172
	%		59,3	40,7	100,0
Total	n		497	122	619
	%		80,3	19,7	100,0

### 3.15.4.15. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes em função da percepção da efectividade do aconselhamento

A proporção de médicos que referiu realizar frequentemente uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes aumentou com o nível de efectividade no aconselhamento percebido, sendo de 8,3% no grupo com menor nível de efectividade percebida e de 37,6 % no grupo com o nível de efectividade percebida mais elevado, conforme Quadro 154.

Foi encontrada associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 48,381$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 620$ ).

Quadro 154. Realização de intervenção motivacional com pacientes ambivalentes em função da percepção da efectividade do aconselhamento de apoio à cessação tabágica

Percepção do nível de efectividade		Intervenção motivacional		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, ou muitas vezes	
Baixo	n	232	21	253
	%	91,7	8,3	100,0
Moderado	n	182	52	234
	%	77,8	22,2	100,0
Elevado	n	83	50	133
	%	62,4	37,6	100,0
Total	n	497	123	620
	%	80,2	19,8	100,0

#### 3.15.4.16. Abordagem motivacional com pacientes fumadores ambivalentes e percepção de barreiras ao aconselhamento

Verificou-se que, dos 264 médicos que identificaram barreiras organizacionais ao aconselhamento dos seus pacientes no domínio da cessação tabágica, apenas 12,5% referiram realizar frequentemente uma intervenção motivacional com os pacientes fumadores ambivalentes. Nos 294 médicos que não identificaram este tipo de barreiras, 28,5% referiram realizar uma intervenção motivacional com a mesma frequência, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2_c (1) = 20,772$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 558$ ).

Em 186 médicos que identificaram a falta de tempo como barreira à sua intervenção nesta área, 11,3% responderam efectuar uma intervenção de aconselhamento motivacional de modo frequente. Dos restantes 372 médicos deram uma resposta semelhante 25,8%. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $\chi^2_c (1) = 14,904$   $p < 0,001$ ;  $n = 558$ ).

No que se refere às barreiras relacionadas com a falta de formação específica, dos 170 médicos que identificaram este tipo de barreiras, apenas 21 médicos (12,4%) referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes relativamente ao parar de fumar. Este valor foi de 24,7% nos restantes

médicos, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 10,214$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 558$ ).

No que se refere às barreiras relacionadas com o processo de mudança comportamental, dos 119 médicos que identificaram este tipo de barreiras, apenas 12,6% referiram realizar uma intervenção motivacional com os pacientes fumadores ambivalentes relativamente à decisão de parar de fumar, “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”. Este valor foi de 23,2% nos restantes médicos, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 5,758$ ;  $p = 0,012$ ;  $n = 558$ ). No que se refere às barreiras relacionadas com o processo de comunicação na consulta, dos 16 médicos que identificaram este tipo de barreiras, apenas um médico referiu realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes relativamente ao parar de fumar, “muitas vezes”, “sempre ou quase sempre”. Este valor foi de 21,4% nos restantes médicos, não existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2_c(1) = 1,336$ ;  $p = 0,248$ ;  $n = 558$ ).

### 3.15.4.17 Probabilidade de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes ambivalentes

Quadro 155. Odds ratios brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes ambivalentes relativamente à cessação tabágica

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	Odds ratio bruto	IC a 95%	
Sexo	Fem	0,012	1,682	1,121	2,522
	Masc*				
Grupo etário	25-34	0,162	0,692	0,414	1,158
	35-44	0,023	0,404	0,185	0,884
	45-54	0,331	1,289	0,773	2,152
	≥ 55 *				
Consumo de tabaco	Nunca fumadores	0,304	1,361	0,756	2,451
	Ex-fumadores	0,100	1,758	0,898	3,440
	Fumadores*				
Internato MGF	Ter Internato	0,238	1,298	0,842	1,999
	Não ter o Internato*				



Quadro 155. *Odds ratios* brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes ambivalentes relativamente à cessação tabágica (continuação)

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratio</i> bruto	IC a 95%	
Anos de Prática MGF	≥ 30 *				
	0-9	0,401	0,721	0,335	1,549
	10-19	0,988	1,007	0,407	2,490
	20-29	0,341	1,443	0,679	3,067
Local Prática MGF	Privada*				
	UCSP	0,701	0,848	0,365	1,967
	USF	0,423	0,706	0,301	1,654
	Outro serviço SNS	0,508	0,609	0,141	2,639
Formação teórica em cessação tabágica	Não ter formação*				
	sim ≤ a 7 horas	0,505	1,177	0,729	1,901
	sim >7 e ≤ 35 horas	0,054	1,753	0,990	3,102
	sim > 35 horas	0,032	2,092	1,067	4,100
Formação Prática em cessação tabágica	Não ter formação*				
	≤ 35 horas	0,085	1,587	0,938	2,684
	>35 horas	0,011	2,889	1,269	6,574
<i>PPOS</i>	≤ 4.22*				
	>4.22 a 4.67	0,955	0,985	0,587	1,653
	> 4.67	0,077	1,573	0.952	2,599
<i>Caring</i>	≤ 4,778*				
	> 4,778 a 5,222	0,761	1,087	0,636	1,857
	> 5,222	0,085	1,490	0,946	2,347
<i>Sharing</i>	≤ 3,667*				
	>3,667 a 4,222	0,505	1,202	0,700	2,062
	> 4,222	0,089	1,505	0,940	2,411
Importância	Moderada ou baixa*				
	Elevada	0,000	2,050	1,372	3,062
Papel	Outras respostas*				
	Papel elevado	0,004	2,100	1,264	3,488

Quadro 155. *Odds ratios* brutos de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes ambivalentes relativamente à cessação tabágica (continuação)

Variáveis	*Categoria referência Categorias	<i>p</i>	<i>Odds ratios</i> bruto	IC a 95%	
Atitudes Positivas	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,016	1,977	1,133	3,450
	Grau elevado	0,000	3,662	2,210	6,068
Atitudes Negativas	Grau elevado*				
	Grau moderado	0,396	1,266	0,734	2,184
	Grau baixo	0,001	2,348	1,1419	3,884
Auto-eficácia	Grau baixo*				
	Grau elevado	0,000	17,071	7,909	36,849
	Grau moderado	0,000	5,584	2,563	12,166
Efectividade	Grau baixo*				
	Grau moderado	0,000	3,156	1,835	5,431
	Grau elevado	0,000	6,655	3,771	11,744
Consulta de apoio intensivo	Sim realiza*				
	Realizou no passado	0,747	0,882	0,412	1,890
	Nunca realizou	0,026	2,893	1,135	7,373
Segue Programa de Cessação Tabágica	Não*				
	Sim habitualmente	0,000	3,207	1,990	5,169
	As vezes	0,301	1,330	0,775	2,283
Barreiras processo mudança	Identificar*				
	Não Identificar	0,013	2,099	1,169	3,766
Barreiras comunicação consulta	Identificar*				
	Não identificar	0,175	4,085	0,534	31,244
Barreira falta formação	Identificar*				
	Não identificar	0,001	2,333	1,398	3,891
Barreiras organizacionais	Identificar*				
	Não identificar	0,000	2,800	1,796	4,365

### 3.16. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica

Referiram nunca ter realizado consulta de apoio intensivo à cessação tabágica 541 (84,9%) médicos. Referiram realizar esta consulta actualmente 47 (7,4%) respondentes e, no passado, 49 (7,7%).

#### 3.16.1. Caracterização demográfica e profissional

Dos 47 médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, 53,2% são mulheres e 46,8% são homens. Destes, 29 (61,7%) têm mais de 44 anos de idade. Mais de metade dos médicos que referiram realizar consulta (53,2%) possuem entre 20 a 29 anos de prática de MGF e 31,9%, menos de dez anos, não existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(6) = 11,186$ ;  $p = 0,083$ ;  $n = 634$ ).

Quando analisada a distribuição dos 47 médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, verifica-se que 28 médicos referiram trabalhar numa UCSP, treze numa USF, dois em outro serviço não integrado no SNS e três no sector privado. Dos médicos que já realizaram esta consulta, dezanove referiram trabalhar numa UCSP, 23 numa USF e quatro no sector privado.

#### 3.16.2. Realização de consulta de cessação tabágica e internato da especialidade de MGF

Possuem o internato da especialidade de MGF 68,1% dos respondentes que referiram realizar consulta de cessação tabágica não existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 2,466$ ;  $p = 0,291$ ;  $n = 633$ ).

#### 3.16.3. Realização de consulta de cessação tabágica e formação teórica e prática

Em 46 médicos que referiram realizar consulta de cessação tabágica, apenas seis (12,8%) não têm qualquer formação teórica em cessação tabágica, 8,5% têm 7 ou menos horas de formação, 29,8% têm mais de 7 e menos de 35 horas e 48,9% têm

mais de 35 horas de formação, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(6) = 172,761$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 635$ ).

Quanto à formação prática em cessação tabágica, 14 (29,8%) médicos referiram possuir formação com mais de 35 horas, 38,3% referiram possuir formação com duração inferior a 35 horas e 31,9% nunca realizaram este tipo de formação, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(4) = 165,442$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 634$ ).

#### 3.16.4. Realização de consulta de cessação tabágica e consumo de tabaco

Em 46 médicos que realizam consulta de apoio intensivo, 60,9% referiram nunca ter fumado, 32,6% referiram ser ex-fumadores e apenas três médicos (6,5%) referiram fumar, existindo associação significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(4) = 16,909$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 634$ ).

#### 3.16.5. Realização de consulta de cessação tabágica e abordagem centrada no paciente

Dos 47 médicos que referiram realizar consulta de cessação tabágica, 40,4% situaram-se no grupo menos centrado nos pacientes, 34,0% no grupo intermédio e 25,5% no grupo mais centrado nos pacientes, não existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(4) = 7,357$ ;  $p = 0,118$ ;  $n = 606$ ).

Verificou-se que 40,4% dos médicos que realizam consulta se situaram no grupo mais centrado nos pacientes na vertente *sharing*, 21,3% no grupo moderadamente centrado e 38,3% no grupo pouco centrado nos pacientes, nesta vertente. No entanto, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(4) = 1,231$ ;  $p = 0,873$ ;  $n = 611$ ).

Constatou-se que 48,9% dos médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo à cessação tabágica se situaram no grupo menos centrado nos pacientes e 25,5% no grupo mais centrado nos pacientes, na vertente *caring*. No entanto não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(4) = 3,274$ ;  $p = 0,513$ ;  $n = 625$ ).

#### 3.16.6. Realização de consulta de cessação tabágica e importância atribuída ao parar de fumar

Verificou-se que 60,9% dos médicos que referiram realizar consulta de cessação tabágica, 43,9% dos que nunca realizaram esta consulta e 42,9% dos que já a realizaram no passado atribuíram importância elevada à cessação tabágica. Não foi encontrada associação entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 5,050$ ;  $p = 0,080$ ;  $n = 633$ ).

#### 3.16.7. Realização de consulta de cessação tabágica e papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Cerca de 76% dos médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo, 73,5% dos que realizaram esta consulta no passado e 62,7% dos médicos que nunca realizaram esta consulta consideraram ser papel do MGF apoiar os pacientes fumadores a parar de fumar. No entanto não se encontrou associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 5,189$ ;  $p = 0,075$ ;  $n = 631$ ).

#### 3.16.8. Realização de consulta de cessação tabágica e atitudes positivas

Verificou-se que 44,7% dos médicos que já realizaram esta consulta, 43,2% dos médicos que a realizam actualmente e 30,8% dos que nunca a realizaram se situaram no grupo de médicos com o nível de atitudes positivas mais elevado. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o nível de atitudes positivas e a realização de consulta de cessação tabágica, ( $\chi^2 (4) = 8,271$ ;  $p = 0,082$ ;  $n = 624$ ).

#### 3.16.9. Realização da consulta de cessação tabágica e nível de atitudes negativas

Apresentaram o nível de atitudes negativas mais baixo face à cessação tabágica 55,3% dos 47 médicos que referiram realizar esta consulta, 40,8% dos 49 médicos que já realizaram esta consulta no passado e 33,0% dos 536 médicos que nunca a realizaram. Dos médicos que realizam consulta de apoio intensivo à cessação tabágica apenas 12,8% se situaram no grupo com o nível de atitudes negativas mais elevado. Verificou-se que 33,8% dos 536 médicos que responderam nunca ter realizado consulta de apoio intensivo e 24,5% dos 49 médicos que já a realizaram no passado,

apresentaram o nível mais elevado de atitudes negativas, existindo associação estatisticamente significativa entre o nível de atitudes negativas e a realização de consulta de cessação tabágica, ( $\chi^2 (4) = 13,485$ ;  $p = 0,009$ ;  $n = 632$ ).

### 3.16.10. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica e auto-eficácia

Verificou-se que 78,7% dos médicos que realizam esta consulta, 45,8% dos que já a realizaram no passado e 21,3% dos que nunca a realizaram, se situaram no grupo de médicos com o nível de auto-eficácia mais elevado, conforme Quadro 156.

Quadro 156. Realização de consulta de cessação tabágica em função da percepção de auto-eficácia no apoio dos pacientes fumadores

Realização de Consulta Cessação Tabágica		Nível de auto-eficácia			Total
		Baixo	Moderado	Elevado	
Sim	n	0,0	10	37	47
	%	0,0	21,3	78,7	100,0
Nunca realizou consulta	n	206	215	114	535
	%	38,5	40,2	21,3	100,0
Realizou consulta no passado	n	7	19	22	48
	%	14,6	39,6	45,8	100,0
Total	n	213	244	173	630
	%	33,8	38,7	27,5	100,0

Dez médicos (21,3%) situaram-se no nível intermédio de eficácia e nenhum médico, dos que referiram realizar esta consulta, se situou no nível de auto-eficácia mais baixo. Pelo contrário, 96,7% dos médicos que nunca fizeram esta consulta situaram-se no grupo com menor nível de auto-eficácia no aconselhamento, conforme Quadro 155. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2 (4) = 86,878$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ).

### 3.16.11. Realização de consulta de apoio intensivo e percepção da efectividade do aconselhamento

Verificou-se que 54,3% dos médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, 34,7% dos médicos que já realizaram esta consulta e 17,4% dos médicos que nunca a realizaram se situaram no grupo com uma percepção da efectividade do seu aconselhamento mais elevada, existindo associação

estatisticamente significativa entre a percepção de efectividade do aconselhamento e a realização da consulta de cessação tabágica, ( $\chi^2 (4) = 41,521$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ).

### 3.16.12. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em função da percepção do sucesso do aconselhamento

Apenas três médicos, que referiram realizar a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, não souberam estimar o sucesso do seu aconselhamento. Apresentam-se no Quadro 157. as distribuições das respostas dos 441 médicos que indicaram a sua expectativa de sucesso no aconselhamento para a cessação tabágica dos seus pacientes, em função da realização da consulta de apoio intensivo à cessação tabágica. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2 (8) = 27,442$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 441$ ).

Quadro 157. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em função da expectativa de sucesso do aconselhamento

Realização de Consulta Cessação Tabágica		Expectativa de sucesso					Total
		$\leq 10$	$>10$ a 15%	$>15$ a 20%	$>20$ a 30%	$>30\%$	
Sim	n	6	6	12	11	9	44
	%	13,6	13,6	27,3	25,0	20,5	100,0
Não nunca realizei consulta	n	160	61	42	52	39	354
	%	45,2	17,2	11,9	14,7	11,0	100,0
Realizei consulta no passado	n	14	6	11	5	7	43
	%	32,6	14,0	25,6	11,6	16,3	100,0
Total	n	180	73	65	68	55	441
	%	40,8	16,6	14,7	15,4	12,5	100,0

### 3.16.13. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em função da iniciativa de aconselhar

Dos 47 médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo, 93,6% referiram tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre o consumo de tabaco. O valor correspondente no grupo de médicos que referiu já ter realizado esta consulta foi de 91,8%. Dos médicos que nunca realizaram consulta 87,0% referiram tomar a iniciativa de aconselhar. No entanto não se encontrou associação entre as duas variáveis ( $\chi^2 (2) = 2,552$ ;  $p = 0,279$ ;  $n = 635$ ).

#### 3.16.14. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em função da intervenção breve ("5Ás")

Verificou-se que 35,6% dos médicos que responderam realizar esta consulta, 29,8% dos que já a realizaram no passado e 18,8% dos que nunca a realizaram, referiram realizar uma intervenção breve, segundo o modelo dos "5 Ás", com muita frequência, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2 (2) = 9,536$ ;  $p = 0,008$ ;  $n = 624$ ).

#### 3.16.15. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica e aconselhamento de pacientes em pré-contemplação

Verificou-se que 19,6% dos médicos que realizam esta consulta, 12,4% dos que já a realizaram no passado e 9,6% dos que nunca a realizaram, referiram realizar uma intervenção motivacional com os pacientes renitentes a parar de fumar segundo o modelo dos "4 Rs", de modo frequente, não existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2 (2) = 2,434$ ;  $p = 0,296$ ;  $n = 627$ ).

#### 3.16.16. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em função da intervenção motivacional

Verificou-se que 41,3% dos médicos que realizam esta consulta, 17,7% dos que já a realizaram no passado e 19,6% dos que nunca a realizaram, referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes relativamente à cessação tabágica, com muita frequência, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (2) = 15,037$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 624$ ).

#### 3.16.17. Realização de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em função do encaminhamento para consulta de apoio

Cerca de 83% dos médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo responderam encaminhar para a sua consulta os fumadores que pretendem parar de fumar, observados na consulta de MGF. Responderam encaminhar para a sua consulta de MGF 8,8% dos médicos que nunca realizaram consulta ou já a realizaram no passado. Referiram encaminhar, para uma consulta feita por outro colega, 50,7% dos médicos que nunca realizaram consulta e 37,5% dos que já a realizaram no passado.



### 3.17. Adopção do Programa-tipo de Cessação Tabágica

Referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica da DGS, 192 médicos (30,3%), e, “às vezes”, 177 (27,9%). Responderam não seguir o Programa-tipo 265 respondentes (41,8%). Destes, 115 médicos, (18,1% do total) conhecem este Programa e 150 (23,7% do total) referiram desconhecer este Programa.

#### 3.17.1. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica, sexo e grupo etário

Referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica 68,1% das mulheres e 31,9% dos homens. Não existe associação estatisticamente significativa ( $\chi^2(3) = 6,145$ ,  $p = 0,105$ ;  $n = 633$ ).

A proporção de médicos que referiu seguir o Programa-tipo de cessação tabágica foi superior entre os médicos mais novos, sendo de 34,5%, no grupo etário dos 25 aos 34 anos, de 33,0% no grupo etário dos 35 aos 44 anos, de 30,4% no grupo etário dos 45 aos 54 anos e de 22,9% no grupo etário com 55 ou mais anos.

Referiram desconhecer este Programa, cerca de 30% dos médicos dos 45 aos 54 anos e cerca de 21,5% dos restantes médicos, existindo associação estatisticamente significativa ( $\chi^2(9) = 31,445$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 632$ ) entre o grupo etário dos médicos e a adopção deste Programa.

#### 3.17.2. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica, anos de prática e local de prática

Verifica-se que a maior proporção de médicos que referiu seguir habitualmente o Programa-tipo corresponde aos médicos com menos de 10 anos de prática (35,3%), seguida dos médicos com 20 a 29 anos de prática, (27,1%), dos médicos com 10 a 19 anos de prática (25,7%) e dos médicos com mais de 30 anos de prática (22,6%), conforme se pode ver no quadro 158.

Foi encontrada associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(9) = 22,100$ ;  $p = 0,009$ ;  $n = 631$ ).

Quadro 158. Anos de prática de MGF e adopção do Programa de cessação tabágica

Prática de MGF		Segue Programa de cessação tabágica				Total
		Sim. Habitual/	Sim, às vezes	Não	Não conhece o programa	
0-9	n	100	87	38	58	283
	%	35,3	30,7	13,4	20,5	100,0
10-19	n	18	16	11	25	70
	%	25,7	22,9	15,7	35,7	100,0
20-29	n	61	57	51	56	225
	%	27,1	25,3	22,7	24,9	100,0
≥ 30	n	12	16	15	10	53
	%	22,6	30,2	28,3	18,9	100,0
Total	n	191	176	115	149	631
	%	30,3	27,9	18,2	23,6	100,0

Referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de Cessação Tabágica, 34,2% dos médicos que trabalham em USF, 29,6% dos que trabalham em UCSP, 20,0% dos que trabalham na privada e 15,8% dos que trabalham em outro serviço do SNS. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (9) = 15,609$ ;  $p = 0,076$ ;  $n = 620$ ).

### 3.17.3. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e realização do internato da especialidade de MGF

Verificou-se que 31,4% dos respondentes que realizaram o Internato da especialidade e 26,7% dos que não realizaram o Internato referiram adoptar habitualmente o Programa-tipo de Cessação Tabágica.

Referiram não conhecer este Programa 22,5% de respondentes que realizaram o Internato e 26,7% dos que não o realizaram. Não se encontrou associação significativa do ponto de vista estatístico entre seguir o Programa-tipo de Cessação Tabágica e ter realizado o internato da especialidade de MGF ( $\chi^2 (3) = 4,830$ ;  $p = 0,185$ ;  $n = 630$ ).

### 3.17.4. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da formação em cessação tabágica

Referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de Cessação Tabágica, 71,2% dos médicos com formação teórica em cessação tabágica superior a 35 horas, 51,8% dos respondentes com formação entre 7 a 35 horas, 29,8% dos médicos com formação igual ou inferior a 7 horas e 17,6% dos médicos sem formação, conforme Quadro 159. Apenas 7,7% dos médicos com formação superior a 35 horas não conhecem este Programa. Pelo contrário, 31,9% dos médicos sem formação e 21,0% dos médicos com formação igual ou inferior a 7 horas, não conhecem o Programa, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (9) = 95,873$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 631$ ).

Quadro 159. Adopção do Programa de Cessação Tabágica em função da formação em cessação tabágica.

Formação teórica em cessação tabágica		Segue o Programa de Cessação tabágica				Total
		Sim. Habitual/	Sim, às vezes	Não	Não conhece o Programa	
Não	n	55	87	71	100	313
	%	17,6	27,8	22,7	31,9	100,0
Sim ≤ a 7 horas	n	54	58	31	38	181
	%	29,8	32,0	17,1	21,0	100,0
Sim >7 e ≤ 35 horas	n	44	24	9	8	85
	%	51,8	28,2	10,6	9,4	100,0
Sim > 35 horas	n	37	8	3	4	52
	%	71,2	15,4	5,8	7,7	100,0
Total	n	190	177	114	150	631
	%	30,1	28,1	18,1	23,8	100,0

### 3.17.5. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e formação prática em cessação tabágica

Verificou-se que 23,6% dos médicos sem formação prática em cessação tabágica, 54,9% dos médicos com formação prática inferior a 35 horas e 74,1% dos médicos com formação prática superior a 35 horas referiram seguir o Programa-tipo habitualmente, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (6) = 66,688$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 631$ ).

### 3.17.6. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e consumo de tabaco

Referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica 31,4% dos médicos que referiram nunca ter fumado, 32,6% dos que referiram ser ex-fumadores e 22,4% dos médicos que referiram fumar. Não se encontrou associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (6) = 7,469$ ;  $p = 0,280$ ;  $n = 631$ ).

### 3.17.7. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e método clínico centrado no paciente

A mediana dos scores de resposta à *PPOS* foi superior no grupo de médicos que referiu seguir o Programa-tipo habitualmente (4,6). Este valor foi de 4,4 nos restantes grupos. Calculado o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 13,590$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 603$ ), concluiu-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos grupos comparativos. Analisadas as diferenças entre os diferentes grupos, através da comparação múltipla de médias das ordens, verificou-se que estas são significativas entre os sub-grupos “não segue o Programa” e “segue o Programa habitualmente”.

Dos 187 médicos que referiram seguir o Programa-tipo, 39,6% situou-se no grupo mais centrado nos pacientes. No grupo que referiu não seguir o Programa apenas 27,3% dos respondentes se situaram no grupo mais centrado nos pacientes, conforme Quadro 160, existindo associação significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (6) = 13,596$ ;  $p = 0,034$ ;  $n = 603$ ).

Quadro 160. Adopção do Programa de cessação tabágica método clínico centrado no paciente

Segue Programa de cessação tabágica		Método clínico centrado no paciente ( <i>PPOS</i> )			Total
		Pouco centrados	Moderada/centrados	Muito centrados	
Sim, habitualmente	n	45	68	74	187
	%	24,1	36,4	39,6	100,0
Às vezes	n	48	70	48	166
	%	28,9	42,2	28,9	100,0
Não	n	94	84	72	250
	%	37,6	33,6	28,8	100,0
Total	n	187	222	194	603
	%	31,0	36,8	32,2	100,0

### 3.17.8. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função do método clínico centrado no paciente – vertente *sharing*

Verificou-se que a mediana dos scores de resposta à PPOS, subescala referente à partilha de poder (*sharing*), foi superior no grupo de médicos que referiu seguir o Programa-tipo habitualmente (4,1). Esse valor foi de 4,0 no grupo que referiu seguir o Programa às vezes e de 3,8 no grupo que referiu não seguir ou não conhecer o Programa.

Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 12,804$ ;  $p = 0,002$ ;  $n = 608$ ). Analisadas as diferenças entre os diferentes grupos, verificou-se que estas apenas são significativas entre os sub-grupos “não seguir o Programa” e “seguir o Programa habitualmente”.

Em 187 médicos que referiram seguir o Programa-tipo habitualmente, 48,1% situou-se no grupo mais centrado nos pacientes em termos de partilha de poder (*sharing*). No Grupo que referiu não seguir o programa, 43,4% dos respondentes situaram-se no grupo menos centrado nos pacientes, na vertente *sharing*, existindo associação significativa entre seguir o Programa-tipo, e adoptar uma abordagem centrada no paciente nesta vertente, relativa à partilha de poder ( $\chi^2 (4) = 17,911$ ;  $p = 0,001$ ;  $n = 608$ ).

### 3.17.9. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função do método clínico centrado no paciente – vertente *caring*

Em 192 médicos que referiram seguir o Programa de cessação tabágica, 44,8% situaram-se no grupo mais centrado nos pacientes na vertente do “cuidar” do paciente. No Grupo que referiu não seguir o Programa-tipo de cessação tabágica, 39,0% dos respondentes situaram-se no grupo menos centrado nos pacientes, existindo associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $\chi^2 (4) = 11,491$ ;  $p = 0,022$ ;  $n = 622$ ).

Verificou-se que a mediana dos scores de resposta à PPOS, na vertente do “cuidar” do paciente (subescala *caring*) é superior no grupo que referiu seguir o Programa-tipo habitualmente (5,1). Este valor foi de 4,9 no grupo que referiu seguir este Programa “às vezes” e de 5,0 no grupo que disse não seguir este Programa. Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 5,648$ ;  $p = 0,059$ ;  $n = 622$ ), verificando-

se a existência de diferenças marginalmente não significativas entre as distribuições dos grupos comparativos.

### 3.17.10. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da importância atribuída à cessação tabágica

Verificou-se que 57,9% do grupo de médicos que referiram seguir o Programa-tipo habitualmente, 41,2% dos médicos que referiram seguir o Programa “às vezes” e 38,0% dos médicos que referiram não seguir este Programa, atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica, existindo associação entre ambas as variáveis, estatisticamente significativa ( $\chi^2(2) = 18,951; p < 0,001; n = 630$ ).

### 3.17.11. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função do papel atribuído ao médico de MGF nesta área

Observou-se que 79,4% do grupo de médicos que referiram seguir habitualmente o Programa-tipo, 61,4% dos médicos que referiram seguir o Programa “às vezes” e 55,9% dos médicos que referiram não o seguir, consideraram que o apoio na cessação tabágica dos pacientes fumadores constitui uma atribuição do médico de MGF, conforme Quadro 161., existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2(2) = 27,500; p < 0,001; n = 628$ ).

Quadro 161. Adopção do Programa de Cessação Tabágica em função do papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica

Segue o programa de Cessação Tabágica		Papel atribuído ao Médico de MGF		Total
		Moderado a baixo	Elevado	
Sim, habitualmente	n	39	150	189
	%	20,6	79,4	100,0
Às vezes	n	68	108	176
	%	38,6	61,4	100,0
Não	n	116	147	263
	%	44,1	55,9	100,0
Total	n	223	405	628
	%	35,5	64,5	100,0

### 3.17.12. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e atitudes positivas face à cessação tabágica

Verificou-se que a proporção de médicos que segue habitualmente o Programa-tipo apresentou uma mediana dos *scores* de resposta à escala de atitudes positivas de 4,4. Os restantes médicos que referiram não seguir o Programa ou só o seguir “às vezes” apresentaram uma mediana de 4,1.

Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 41,886$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ), seguidos da comparação múltipla de médias das ordens, que confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre dois dos três grupos em comparação.

Feito o cruzamento das duas variáveis, verificou-se que 47,6% médicos que referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica se situaram no grupo com o nível mais elevado de atitudes positivas. Esse valor foi de 25,0% no grupo que referiu não seguir este Programa. Dos 112 médicos que referiram não seguir o Programa-tipo, 41,1% situou-se no grupo de médicos com o nível mais baixo de atitudes positivas, existindo associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (6) = 42,642$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 621$ ).

### 3.17.13. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e atitudes negativas face à cessação tabágica

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu seguir habitualmente o Programa-tipo apresentou uma mediana dos *scores* de resposta à escala de atitudes negativas de 1,8. Os médicos que referiram só seguir este Programa “às vezes” apresentaram um *score* mediano de 1,9 e os médicos que referiram não seguir o Programa um *score* mediano de 2,0.

Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 41,169$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ), seguidos da comparação múltipla de médias das ordens, que confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em comparação.

Verificou-se que 49,5% médicos que seguem habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica se situaram no grupo com o nível mais baixo de atitudes negativas face à cessação tabágica. Dos médicos que disseram não seguir o Programa-tipo, 42,1% situou-se no grupo de médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (6) = 40,405$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ).

### 3.17.14. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da auto-eficácia no apoio à cessação tabágica

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu seguir habitualmente o Programa de cessação tabágica da DGS apresentou uma mediana dos *scores* de resposta à escala de auto-eficácia de 4,2., os médicos que só o seguem às vezes de 3,5 e os médicos que responderam não seguir o Programa de 3,3. Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 112,980$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, que confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos três grupos em comparação.

Verificou-se que 51,1% dos médicos que referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica se situaram no grupo com o nível mais elevado de auto-eficácia, conforme Quadro 162.

Quadro 162. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da auto-eficácia no apoio à cessação tabágica

Seguir programa-tipo de Cessação tabágica			Nível de auto-eficácia			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
	Sim	n	26	67	97	190
		%	13,7	35,3	51,1	100,0%
	Às vezes	n	60	82	35	177
		%	33,9	46,3	19,8	100,0
	Não	n	126	92	42	260
		%	48,5	35,4	16,2	100,0
Total	n	212	241	174	627	
	%	33,8	38,4	27,8	100,0	

Dos médicos que referiram não seguir ou não conhecer o Programa-tipo, 48,5% situaram-se no grupo de médicos com o nível mais baixo de auto-eficácia e 16,2% no grupo com o nível mais elevado, conforme se pode verificar no Quadro 161., existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2(4) = 97,098$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ).



### 3.17.15. Adopção do Programa-tipo de actuação na cessação tabágica em função da percepção da efectividade do aconselhamento

Verificou-se que a proporção de médicos que referiu seguir habitualmente o Programa-tipo apresentou uma mediana dos *scores* de resposta à escala de efectividade (escala numérica de 0 a 10) de 6,0. Os médicos que referiram só seguir este Programa “às vezes” de 5,0 e os médicos que referiram não seguir o Programa de 4,0. Calculou-se o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (2) = 43,208$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ), seguido da comparação múltipla de médias das ordens, confirmando-se a existência de diferenças significativas entre as distribuições dos três grupos em comparação.

Verificou-se que 38,4% dos médicos que referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de actuação na cessação tabágica se situaram no grupo com o nível intermédio de percepção da sua efectividade no aconselhamento para a cessação tabágica e 34,2% no grupo com uma percepção de efectividade mais elevada, conforme Quadro 163. Dos médicos que referiram não seguir, ou não conhecer o Programa-tipo, cerca de metade situou-se no grupo com uma percepção de efectividade mais baixa, existindo associação significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $\chi^2 (6) = 40,016$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ).

Quadro 163. Adopção do Programa-tipo de actuação na Cessação Tabágica em função da percepção da efectividade do aconselhamento

Seguir programa-tipo de Cessação tabágica		Nível de efectividade			Total
		Baixo	Moderado	Alto	
Sim	n	52	73	65	190
	%	27,4	38,4	34,2	100,0
Às vezes	n	73	66	37	176
	%	41,5	37,5	21,0	100,0
Não	n	132	95	34	261
	%	50,6	36,4	13,0	100,0
Total	n	257	234	136	627
	%	41,0	37,3	21,7	100,0

### 3.17.16. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função da percepção do sucesso do aconselhamento

Não souberam responder a esta pergunta, 39,3% dos médicos que referiram não seguir e 36,0% dos médicos que referiram não conhecer o Programa-tipo de actuação na cessação tabágica. Apresentam-se no Quadro 164. as distribuições das respostas dos 441 médicos que responderam indicando a sua expectativa quanto ao sucesso do seu aconselhamento, ( $\chi^2 (8) = 11,073$ ;  $p = 0,198$ ;  $n = 441$ ).

Quadro 164. Adopção do Programa-tipo de Cessação Tabágica em função da percepção do sucesso do aconselhamento

Seguir programa-tipo de Cessação tabágica		Estimativa de sucesso do aconselhamento					Total
		$\leq 10$	>10 a 15%	>15 a 20%	>20 a 30%	>30%	
Sim, habitualmente	n	55	23	28	25	25	156
	%	35,3	14,7	17,9	16,0	16,0	100,0
Às vezes	n	61	19	15	17	9	121
	%	50,4	15,7	12,4	14,0	7,4	100,0
Não	n	63	31	22	26	22	164
	%	38,4	18,9	13,4	15,9	13,4	100,0
Total	n	179	73	65	68	56	441
	%	40,6	16,6	14,7	15,4	12,7	100,0

### 3.17.17. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica em função das práticas auto-referidas de aconselhamento

Responderam tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica 97,4% dos médicos que referiram seguir o Programa-tipo habitualmente, 85,2% dos médicos que referiram seguir o Programa “às vezes” e 82,6% dos médicos que referiram não seguir este Programa, ( $\chi^2 (2) = 24,347$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 632$ ).

Dos 188 médicos que disseram seguir este Programa, 104 médicos (55,3%) responderam registar “sempre” o hábito tabágico dos seus pacientes e 59 (31,4%) “muitas vezes”. Entre os 113 médicos que disseram não seguir este Programa estes valores descenderam, respectivamente, para 38,1% e 31,9%.

Verificou-se, conforme Quadro 165., que 34,8% dos médicos que referiram seguir o Programa-tipo de actuação em cessação tabágica, 21,0% dos que referiram seguir

este Programa “às vezes” e 10,9% dos que referiram não seguir este Programa, responderam realizar uma intervenção breve, segundo o modelo dos “5 Ás”, “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre”, ( $\chi^2 (2) = 37,438$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 621$ ).

Quadro 165. Adopção do Programa-tipo de Cessação Tabágica e realização da intervenção breve 5 Ás

Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica		Intervenção breve 5 Ás		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, quase sempre ou muitas vezes	
Sim, habitualmente	n	122	65	187
	%	65,2	34,8	100,0
Às vezes	n	139	37	176
	%	79,0	21,0	100,0
Não	n	230	28	258
	%	89,1	10,9	100,0
Total	n	491	130	621
	%	79,1	20,9	100,0

Verificou-se que 20,1% dos médicos que seguem o programa-tipo de cessação tabágica, 11,9% dos que seguem este Programa às vezes, e 9,3% dos que não o conhecem ou que não o seguem, referiram realizar uma intervenção motivacional breve, segundo o modelo dos “4Rs”, muitas vezes, sempre ou quase sempre, conforme Quadro 166., ( $\chi^2 (2) = 11,483$ ;  $p = 0,003$ ;  $n = 624$ ).

Quadro 166. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e realização de aconselhamento motivacional com pacientes que não querem parar de fumar

Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica		Intervenção motivacional “4 Rs”		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, quase sempre ou muitas vezes	
Sim	n	151	38	189
	%	79,9	20,1	100,0
Às vezes	n	156	21	177
	%	88,1	11,9	100,0
Não	n	234	24	258
	%	90,7	9,3	100,0
Total	n	541	83	624
	%	86,7	13,3	100,0

Verificou-se que 32,1% dos médicos que referiram seguir habitualmente o programa de cessação tabágica, 16,4% dos que seguem este programa às vezes e 12,8% dos que disseram não o seguir, referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes, com muita frequência, conforme Quadro 167. existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, ( $\chi^2$  (2) = 27,064;  $p < 0,001$ ;  $n = 621$ ).

Quadro 167. Adopção do Programa-tipo de Cessação Tabágica em função da realização da intervenção motivacional com pacientes ambivalentes relativamente à mudança

Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica		Intervenção motivacional ambivalentes		Total
		Às vezes, raramente ou nunca	Sempre, quase sempre ou muitas vezes	
Sim	n	127	60	187
	%	67,9	32,1	100,0
Às vezes	n	148	29	177
	%	83,6	16,4	100,0
Não	n	224	33	257
	%	87,2	12,8	100,0
Total	n	499	122	621
	%	80,4	19,6	100,0

### 3.17.18. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e realização da consulta de cessação tabágica

Referiram seguir habitualmente o Programa-tipo, 87,2% dos médicos que responderam fazer consulta de apoio intensivo. Dos médicos que já realizaram esta consulta no passado responderam seguir habitualmente este Programa 57,1%. Dos médicos que referiram nunca ter realizado esta consulta responderam seguir o Programa 22,9%, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2$ (4) = 103,727;  $p < 0,001$ ;  $n = 633$ ).

### 3.17.19. Adopção do Programa-tipo de cessação tabágica e percepção de barreiras ao aconselhamento

Verificou-se que, as proporções de médicos que identificaram barreiras ao aconselhamento, entre o grupo de médicos que referiu seguir o Programa-tipo habitualmente, foram inferiores às observadas nos restantes médicos, conforme se pode ver no Quadro 168.

Quadro 168. Identificação de barreiras ao aconselhamento identificadas e adopção do programa-tipo de cessação tabágica

Barreiras identificadas	Organizacionais <i>n</i> = 565		Falta de formação <i>n</i> = 565		Mudança de comportamentos <i>n</i> = 565		Processo de comunicação <i>n</i> = 565	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Segue Programa-tipo habitualmente	49	30,1	22	13,5	22	13,5	2	1,2
Segue Programa às vezes	80	50,3	46	28,9	36	22,6	8	5,0
Não segue o Programa	61	58,1	41	39,0	26	24,8	2	1,9
Não conhece o Programa	77	55,8	65	47,1	34	24,6	4	2,9
Total	267	47,3	174	30,8	118	20,9	16	2,8
<i>p</i>	<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001		<i>p</i> = 0,050		<i>p</i> = 0,199	

### 3.18. Análise multivariada

#### 3.18.1. Probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar os pacientes fumadores – análise de variáveis explicativas

Para avaliação do grau de influência das variáveis independentes – sexo, grupo etário, consumo de tabaco, local de prática de MGF, anos de prática de MGF, realização do Internato da especialidade de MGF, formação em cessação tabágica, método clínico, atitudes negativas e positivas, auto-eficácia, efectividade, atribuição de importância, papel atribuído ao médico na cessação tabágica, barreiras ao aconselhamento, realização de consulta de apoio intensivo e adopção do Programa de cessação tabágica da DGS –, na iniciativa de aconselhar os pacientes sobre cessação tabágica, foi efectuada uma análise multivariada de regressão logística binária *Forward: LR*.

Foi obtido um modelo que incluiu, como variáveis com maior influência na iniciativa de aconselhar sobre tabaco; a não identificação de barreiras associadas ao processo de comunicação na consulta, o papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica, a adopção do Programa de cessação tabágica, a não identificação de barreiras organizacionais, os anos de prática de MGF, a formação prática e o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica: modelo Logit ajustado ( $G^2(11) = 114,743$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2_{HL}$  Hosmer e Lemeshow (8) = 9,883;  $p = 0,273$ ; ( $R^2$  de Nagelkerke)  $R^2_N = 0,373$ ). Estes resultados confirmam um bom ajustamento do modelo aos dados.

Conforme se vê no Quadro 168., quem não identificou barreiras relacionadas com a comunicação com o paciente apresentou uma probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no modelo, de tomar a iniciativa de aconselhar superior à encontrada entre os médicos que identificaram este tipo de obstáculo (*odds ratio* ajustado = 6,7; IC a 95%: 2,0; 23,1).

Quem considerou ser papel do médico de MGF apoiar os fumadores no processo de cessação tabágica apresentou uma probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no modelo, de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica, (*odds ratio* ajustado = 6,5; IC a 95%: 3,1; 13,4) superior a quem não considerou ser papel do médico de MGF intervir nesta área, conforme Quadro 169.

Os médicos que referiram seguir habitualmente o Programa de cessação tabágica apresentaram uma probabilidade (ajustada), de tomar a iniciativa de

aconselhar sobre cessação tabágica, superior à dos restantes médicos (*odds ratio* ajustado = 5,4; IC a 95%: 1,6; 18,3).

Os médicos que realizaram formação prática em cessação tabágica apresentaram uma probabilidade (ajustada) de tomarem a iniciativa de aconselhar sobre tabaco, superior à dos médicos sem formação prática (*odds ratio* ajustado = 3,9; IC a 95%: 1,6; 9,6).

O grupo de médicos com menos de dez anos de prática de MGF apresentou uma probabilidade (ajustada) de aconselhar sobre tabaco superior à do grupo de médicos com mais de 30 anos de prática (*odds ratio* ajustado = 2,9; IC a 95%: 1,4; 11,3).

Os médicos com o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica mais baixo apresentaram uma probabilidade (ajustada), de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* ajustado = 2,7; IC a 95%: 1,1; 6,8), superior à dos médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas.

Quem apresentou um nível moderado de atitudes negativas apresentou uma probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar igualmente superior à encontrada entre os médicos com o grau mais elevado de atitudes negativas (*odds ratio* ajustado = 2,2; IC a 95%: 1,1; 4,5).

Quem não identificou barreiras organizacionais apresentou uma probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar superior à encontrada entre os médicos que identificaram este obstáculo ao aconselhamento (*odds ratio* ajustado = 2,1; IC a 95%: 1,1; 4,0).

Este modelo apresentou uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 78%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante muito boa, conforme pode ser observado pela “área sob a curva ROC” ( $c = 0,87$ ), conforme Figura 24.

Quadro 169. *Odds ratios* da probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco obtidos por regressão logística (modelo ajustado)

Variáveis incluídas no Modelo Categorias	Categorias de referência	<i>Odds ratios</i> ajustados	<i>Odds Ratios</i> (IC a 95%)	
Não identificar barreiras relacionadas com a comunicação médico/paciente	Identificar barreiras à comunicação	6,729	1,959	23,118
Concordar totalmente ser papel do médico de MGF apoiar os pacientes na cessação tabágica	Concordar em parte ou discordar	6,487	3,131	13,437
Seguir habitualmente o Programa-tipo de actuação na cessação tabágica	Não seguir este Programa	5,379	1,578	18,332
Anos de prática MGF: 0-9 anos	Anos de prática > 30 anos	3,930	1,364	11,317
Ter formação prática em cessação tabágica	Não ter formação prática	3,871	1,559	9,614
Atitudes negativas – grau baixo	Grau elevado de atitudes negativas	2,737	1,110	6,748
Atitudes negativas – grau moderado	Grau elevado de atitudes negativas	2,240	1,103	4,546
Não identificar barreiras organizacionais	Identificar barreiras organizacionais	2,107	1,107	4,007

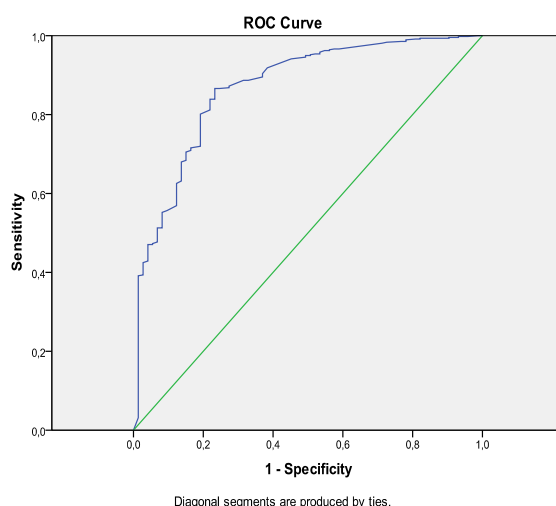


Figura 24. Probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco - área sob a Curva ROC.



### 3.18.2. Probabilidade de aconselhar os pacientes fumadores com recurso a uma intervenção breve ("5 Ás") – análise de variáveis explicativas

Para exploração do grau de influência das variáveis independentes - sexo, grupo etário, local de exercício de MGF, anos de prática de MGF, realização de Internato da especialidade de MGF, formação em cessação tabágica, método clínico, atitudes negativas e positivas, auto-eficácia, efectividade, importância, papel do médico na cessação tabágica, consumo de tabaco, barreiras ao aconselhamento, realização de consulta de apoio intensivo, adopção do Programa de cessação tabágica da DGS e iniciativa de aconselhar - na realização frequente de uma intervenção breve de aconselhamento dos pacientes sobre cessação tabágica foi efectuada uma análise multivariada de regressão logística binária *Forward:LR*.

Foi obtido um modelo que incluiu como variáveis com maior influência nessa iniciativa; possuir um nível baixo ou moderado de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica, possuir uma percepção elevada de auto-eficácia, nunca ter fumado, seguir o Programa de cessação tabágica da DGS habitualmente ou às vezes e não identificar barreiras organizacionais, conforme se pode ver no Quadro 170.

Obteve-se um modelo Logit ajustado ( $G^2(9) = 71,914$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2_{HL}$  Hosmer e Lemeshow (8) = 3,221;  $p = 0,920$ ; ( $R^2$  de NagelKerke)  $R^2_N = 0,209$ ). Verificou-se um bom ajustamento do modelo aos dados.

Este modelo apresentou uma sensibilidade de 66% e uma especificidade 74%. O modelo ajustado apresentou uma capacidade discriminante boa, conforme pode ser observado na Figura 25 "área sob a curva ROC ( $c = 0,77$ ).

Os médicos com o nível de atitudes negativas mais baixo, relativamente à cessação tabágica, apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no modelo, de realizar uma intervenção breve de aconselhamento dos pacientes fumadores (*odds ratio* ajustado = 2,8; IC a 95%: 1,4; 5,7) do que a encontrada entre os médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas.

Os médicos com um nível de atitudes negativas moderado apresentaram uma maior probabilidade de realizar este tipo de intervenção (*odds ratio* ajustado = 2,5; IC a 95%: 1,2; 5,0) do que a encontrada entre os médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas.

Os médicos, com uma percepção de auto-eficácia pessoal no aconselhamento elevada, apresentaram uma maior probabilidade de realizar uma intervenção breve,

relativamente à encontrada entre os médicos com a percepção de auto-eficácia mais baixa (*odds ratio* ajustado = 2,6; IC a 95%: 1,3; 5,3).

Os médicos que disseram nunca ter fumado apresentaram uma probabilidade superior de realizar com frequência uma intervenção breve, relativamente aos médicos fumadores (*odds ratio* ajustado = 2,6; IC a 95%: 1,1; 5,7).

Os médicos que referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica apresentaram uma probabilidade superior de tomar a iniciativa de aconselhar relativamente aos médicos que não seguem este Programa (*odds ratio* ajustado = 2,3; IC a 95%: 1,3; 4,3). Quem referiu seguir este Programa às vezes (*odds ratio* ajustado = 2,0; IC a 95%: 1,1; 3,7).

Os médicos que não identificaram barreiras organizacionais ao aconselhamento apresentaram uma maior probabilidade, de realizar uma intervenção breve “sempre ou quase sempre” ou “muitas vezes”, do que os médicos que não identificaram este obstáculo ao aconselhamento (*odds ratio* ajustado = 1,77; IC a 95%: 1,1; 2,9).

Quadro 170. *Odds ratios* da probabilidade de realizar uma intervenção breve (“5 Ás”) de aconselhamento de pacientes fumadores obtidos por regressão logística (modelo ajustado)

Categorias das variáveis incluídas no modelo	Categorias de referência	<i>Odds ratios</i> ajustados	<i>Odds ratios</i> ajustados IC a 95%	
Nível baixo de atitudes negativas	Nível elevado de atitudes negativas	2,839	1,405	5,735
Percepção de auto-eficácia elevada	Auto-eficácia baixa	2,606	1,293	5,250
Nunca ter fumado	Ser fumador	2,548	1,137	5,709
Nível moderado de atitudes negativas	Nível elevado de atitudes negativas	2,475	1,224	5,005
Adoptar o Programa-tipo de cessação tabágica habitualmente	Não seguir o Programa-tipo	2,317	1,257	4,271
Adoptar o Programa-tipo de cessação tabágica às vezes	Não seguir o Programa-tipo	1,973	1,065	3,656
Não identificar barreiras organizacionais	Identificar barreiras organizacionais	1,771	1,075	2,918

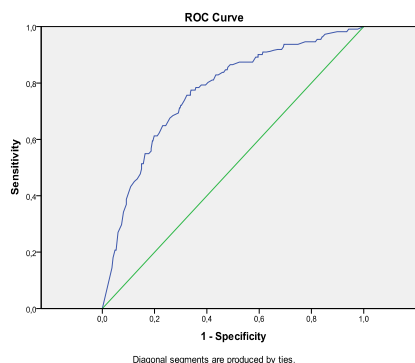


Figura 25. Probabilidade de realizar frequentemente uma intervenção breve com pacientes em pré-contemplação. Área sob a Curva ROC (*PASW statistics*, versão 18).

### 3.18.3. Probabilidade de realizar uma intervenção de aconselhamento motivacional breve com pacientes fumadores em pré-contemplação

Para avaliação do grau de influência das variáveis independentes - sexo, grupo etário, local de exercício, anos de prática, realização de internato da especialidade, formação em cessação tabágica, método clínico, atitudes negativas e atitudes positivas, auto-eficácia, efectividade, importância, papel do médico na cessação tabágica, consumo de tabaco, barreiras ao aconselhamento, realização de consulta de apoio intensivo e adopção do Programa-tipo de cessação tabágica, e iniciativa de aconselhar -, na realização frequente de uma intervenção breve de aconselhamento sobre cessação tabágica, com pacientes que não querem parar de fumar (estádio de pré-contemplação), foi efectuada uma análise multivariada de regressão logística Forward:LR.

Obteve-se um modelo Logit ajustado ( $G^2(9) = 42,240$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2_{HL}$  Hosmer e Lemeshow (8) = 12,555;  $p = 0,128$ ; ( $R^2$  de NagelKerke)  $R^2_N = 0,142$ ). Verificou-se um bom ajustamento do modelo aos dados.

Este modelo incluiu como variáveis com maior influência nessa iniciativa; seguir o Programa-tipo da DGS, e ter uma percepção de auto-eficácia no aconselhamento elevada, conforme Quadro 171.

Embora as variáveis possuir formação teórica e método clínico centrado no paciente também tenham entrado no modelo, os *odds ratios* obtidos não foram significativos dado integrarem o valor 1 nos respectivos intervalos de confiança.

Os médicos com maior nível de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de realizar uma intervenção motivacional com

os seus pacientes que não querem parar de fumar (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,4; 6,5), de modo frequente, do que os médicos com o menor nível de auto-eficácia.

Os médicos que referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes que não querem parar de fumar, de modo frequente, do que os médicos com o menor nível de auto-eficácia (*odds ratio* ajustado = 2,8; IC a 95%: 1,4; 5,6).

Quadro 171. *Odds ratios* da probabilidade de realizar uma intervenção motivacional breve (“4 Rs”) com pacientes fumadores que não querem parar de fumar, (modelo ajustado)

Categorias das Variáveis incluídas no modelo	Categorias de referência	<i>Odds ratios</i> ajustados	<i>Odds ratios</i> ICa 95%	
Percepção de auto-eficácia elevada	Percepção de auto-eficácia baixa	3,059	1,433	6,533
Seguir habitualmente o programa-tipo de cessação tabágica	Não seguir o Programa-Tipo	2,804	1,390	5,657

Este modelo apresentou uma sensibilidade de 58% e uma especificidade 72%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante razoável, conforme pode ser observado na Figura 26. “área sob a curva ROC ( $c = 0,70$ ).

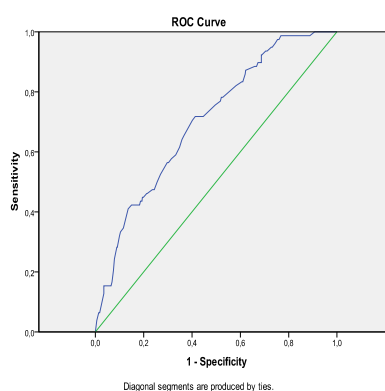


Figura 26. Probabilidade de realizar frequentemente uma intervenção motivacional breve com pacientes em pré-contemplação. Área sob a Curva ROC.

#### 3.18.4. Probabilidade de realizar uma intervenção de aconselhamento motivacional com pacientes ambivalentes em relação à cessação tabágica

Para avaliação do grau de influência das variáveis independentes - sexo, grupo etário, anos de prática, realização do Internato da especialidade de MGF, formação em cessação tabágica, método clínico, atitudes negativas e atitudes positivas, auto-eficácia, efectividade, importância, papel do médico na cessação tabágica, consumo de tabaco, barreiras ao aconselhamento, realização de consulta de apoio intensivo e adopção do Programa de cessação tabágica da DGS -, na realização frequente de uma intervenção breve de aconselhamento sobre cessação tabágica dos pacientes ambivalentes relativamente ao abandono do consumo de tabaco, foi efectuado uma análise multivariada de regressão logística *Forward L.R.*

Obteve-se um modelo que incluiu como variáveis com maior influência nessa iniciativa; possuir uma percepção de auto-eficácia moderada ou elevada, possuir uma expectativa de efectividade do aconselhamento moderada ou elevada, não identificar barreiras organizacionais e atribuir importância elevada à cessação tabágica, conforme Quadro 172. Modelo Logit ajustado ( $G^2(6) = 102,982$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2_{HL}$  Hosmer e Lemeshow (8) = 6,351;  $p = 0,608$ ; ( $R^2$  de Nagelkerke)  $R^2_N = 0,282$ ). Verificou-se um bom ajustamento do modelo aos dados traduzido pelo teste de Hosmer e Lemeshow. O modelo apresentou uma sensibilidade de 71% e uma especificidade de 72%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante razoável, área sob a curva ROC ( $c = 0,79$ ), conforme pode ser observado na Figura 27.

Os médicos com a percepção de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica mais elevada apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 8,8; IC a 95%: 3,8; 19,9) de realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes, de modo frequente, do que os médicos com o menor nível de auto-eficácia.

Os médicos com um nível moderado de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica apresentaram, também, uma maior probabilidade de realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes, de modo frequente, do que os médicos com o menor nível de auto-eficácia (*odds ratio* ajustado = 3,3; IC a 95%: 1,4; 7,4).

Os médicos que expressaram uma expectativa elevada quanto à efectividade do seu aconselhamento, no apoio à cessação tabágica, apresentaram uma probabilidade de aconselhar os pacientes ambivalentes, de modo frequente, superior à encontrada entre os médicos que apresentaram uma expectativa de efectividade mais baixa (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,6; 6,0).

Do mesmo modo, possuir uma expectativa moderada de efectividade, apresentou-se associado a uma maior probabilidade de realizar este tipo de aconselhamento (*odds ratio* ajustado = 2,1; IC a 95%: 1,1; 3,9).

Quem não identificou barreiras organizacionais apresentou uma maior probabilidade de realizar este tipo de aconselhamento, relativamente a quem identificou este tipo de barreira (*odds ratio* ajustado = 2,0; IC a 95%: 1,2; 3,3).

Por último, atribuir importância elevada à cessação tabágica apresentou-se associado a um aumento da probabilidade de aconselhar os pacientes ambivalentes (*odds ratio* ajustado = 1,7; IC a 95%: 1,1; 2,8), relativamente a quem atribuiu importância baixa ou moderada à cessação tabágica.

Quadro 172. *Odds ratios* da probabilidade de realizar uma intervenção motivacional breve com pacientes fumadores ambivalentes relativamente à mudança (modelo ajustado)

Categorias	Categorias de referência	<i>Odds ratios</i> ajustados	<i>Odds ratios</i> (IC a 95%)	
Auto eficácia elevada	Auto-eficácia baixa	8,747	3,840	19,927
Auto eficácia moderada	Auto-eficácia baixa	3,257	1,435	7,393
Efectividade elevada	Efectividade baixa	3,085	1,575	6,043
Efectividade moderada	Efectividade baixa	2,053	1,091	3,863
Não identificar barreiras organizacionais	Identificar barreiras organizacionais	2,021	1,224	3,337
Importância elevada	Importância baixa	1,732	1,074	2,793

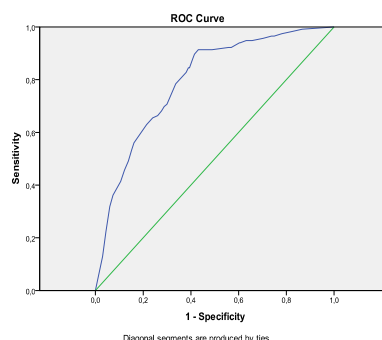


Figura 27. Probabilidade de realizar frequentemente uma intervenção motivacional breve com fumadores ambivalentes. Área sob a Curva ROC (*PASW statistics*, 18).

### 3.18.5. Variáveis associadas à adopção do Programa de Actuação em Cessação Tabágica da DGS

Para avaliação do grau de influência das variáveis independentes - sexo, grupo etário, anos de prática, realização de internato da especialidade, formação em cessação tabágica, método clínico, atitudes negativas e atitudes positivas, auto-eficácia, efectividade, importância, papel do médico na cessação tabágica, consumo de tabaco, barreiras ao aconselhamento, experiência de realização de consulta de apoio intensivo -, na adopção do Programa de actuação na cessação tabágica da DGS foi realizada uma análise binária de regressão logística *Forward L.R.*

Foi obtido um modelo que incluiu como variáveis com maior influência nessa iniciativa; realizar consulta de apoio intensivo de cessação tabágica, possuir uma percepção de auto-eficácia elevada ou moderada, possuir entre 25 a 44 anos de idade, adoptar o método clínico, muito ou moderadamente centrado no paciente, na vertente da partilha de informação, possuir uma percepção da efectividade do aconselhamento elevada, atribuir ao médico de MGF um papel importante nesta área e não identificar barreiras organizacionais, conforme descrito no Quadro 173.

Foi obtido um Modelo *Logit* ajustado ( $G^2(14) = 172,190$ ;  $p = ,000$ ;  $\chi^2_{HL}(8) = 6,906$ ;  $p = 0,547$ ; ( $R^2$  de Nagelkerke)  $R^2_N = 0,404$ ).

Verificou-se um bom ajustamento do modelo aos dados. O modelo apresentou uma sensibilidade de 75% e uma especificidade de 74%, apresentando uma capacidade discriminante muito boa, área sob a curva ROC ( $c = 0,84$ ), conforme pode ser observado na Figura 28.

Os médicos que disseram realizar consulta de cessação tabágica de apoio intensivo apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 9,0; IC a 95%: 3,1; 26,2) de adoptar habitualmente o Programa-tipo relativamente do que os médicos que disseram não realizar consulta.

Os médicos com o nível de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica mais elevado apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 3,9; IC a 95%: 1,8; 8,2) de adoptar habitualmente o Programa-tipo, do que os médicos com menor nível de auto-eficácia. Os médicos com um nível moderado de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica apresentaram uma probabilidade igualmente superior (*odds ratio* ajustado = 2,0; IC a 95%: 1,03; 3,7) de adoptar habitualmente o Programa-tipo do que os médicos com o menor nível de auto-eficácia.

Os médicos com idade entre os 35 e os 44 anos apresentaram uma probabilidade superior (*odds ratio* ajustado = 3,4; IC a 95%: 1,5; 7,7) de adoptar habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica, relativamente aos médicos com mais de 55 anos.

Os médicos mais jovens (idade entre os 25 e os 34 anos) apresentaram, igualmente, uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,6; 6,0) de adoptar habitualmente o Programa-tipo, do que os médicos com mais de 55 anos.

Os médicos com um nível de disponibilidade para partilhar poder com o paciente mais elevado (*sharing*) apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 3,2; IC a 95%: 1,8; 5,7) de adoptar habitualmente o Programa-tipo, à encontrada entre os médicos com menor disponibilidade. Os médicos com um nível moderado de disponibilidade para partilhar poder com o paciente apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 2,5; IC a 95%: 1,3; 4,8) de adoptar habitualmente o Programa-tipo, do que os médicos com menor disponibilidade.

Os médicos com uma expectativa elevada quanto à efectividade do seu aconselhamento no apoio à cessação tabágica, apresentaram uma maior probabilidade de adoptar habitualmente o Programa-tipo (*odds ratio* ajustado = 2,3; IC a 95%: 1,2; 4,5), relativamente aos médicos que apresentaram uma expectativa de efectividade mais baixa.

Estar totalmente de apoio que apoiar os pacientes a parar de fumar é uma função do médico de MGF apresentou-se associado a um aumento da probabilidade de adoptar habitualmente o Programa-tipo (*odds ratio* ajustado = 2,0; IC a 95%: 1,2; 3,5) relativamente aos médicos que não concordaram com essa atribuição.



A não identificação de barreiras organizacionais surgiu também como variável influente na decisão de adoptar habitualmente o Programa-tipo (*odds ratio* ajustado = 1,7; IC a 95%: 1,03; 2,7).

Quadro 173. *Odds ratios* da probabilidade de adopção do Programa-tipo de cessação tabágica (modelo ajustado).

Variáveis incluídas no modelo Categorias	Categorias de referência	<i>Odds ratios</i> ajustados	<i>Odds ratios</i> (IC a 95%)	
Realizar consulta de apoio intensivo de cessação tabágica	Não realiza consulta	9,009	3,102	26,161
Percepção de auto-eficácia elevada	baixa	3,870	1,835	8,162
Grupo etário 35 – 44 anos	≥ 55 anos	3,383	1,481	7,725
Disponibilidade para a partilha de poder/informação elevada ( <i>PPOS - sharing</i> )	Baixa	3,175	1,775	5,681
Grupo etário 25 – 34 anos	≥ 55 anos	3,090	1,601	5,966
Disponibilidade para a partilha de poder/informação moderada ( <i>PPOS-sharing</i> )	Baixa	2,531	1,327	4,827
Percepção de efectividade elevada	Baixa	2,280	1,160	4,452
Considerar ser papel do médico de MGF intervir na cessação tabágica	Não considerar	2,014	1,164	3,485
Percepção de auto-eficácia moderada	Baixa	1,964	1,031	3,740
Não identificar barreiras organizacionais	Identificar barreiras	1,679	1,031	2,734

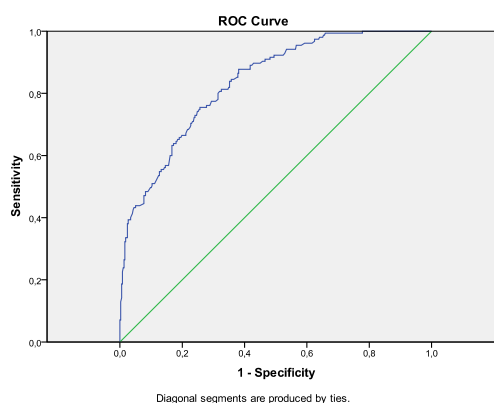


Figura 28. Probabilidade de adoptar o Programa-Tipo de cessação tabágica. Área sob a Curva ROC (*PASW statistics*, versão 18).

### 3.18.6. Variáveis associadas à percepção de eficácia pessoal no aconselhamento elevada

Para exploração do grau de influência das variáveis independentes – sexo, grupo etário, anos de prática de MGF, local de prática de MGF, realização do Internato da especialidade de MGF, formação em cessação tabágica, método clínico adoptado na consulta, consumo de tabaco e realização de consulta de apoio intensivo –, na percepção de uma eficácia pessoal no aconselhamento para a cessação tabágica elevada, efectuou-se uma análise multivariada de regressão logística binária *Forward:LR*.

Foi obtido um Modelo *Logit* ajustado ( $G^2(13) = 180,160$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2_{HL}$  Hosmer e Lemeshow (8) = 7,285;  $p = 0,506$ ; ( $R^2$  de NagelKerke)  $R^2_N = 0,360$ ). Verificou-se existir um bom ajustamento do modelo aos dados. O modelo apresentou uma sensibilidade de 71% e uma especificidade de 72%, apresentando uma capacidade discriminante muito boa, conforme pode ser observado na Figura 29 “área sob a curva ROC” ( $c = 0,80$ ).

Este modelo incluiu como variáveis com maior influência nessa percepção; ter mais de 45 anos de idade, ter formação prática em cessação tabágica com mais de 35 horas, seguir habitualmente o Programa de cessação tabágica da DGS; ter formação teórica em cessação tabágica, com mais de 7 horas, realizar consulta de apoio intensivo de cessação tabágica e ter realizado o Internato da especialidade de MGF, conforme Quadro 174.

Realizar consulta de apoio intensivo e possuir o Internato da especialidade de MGF entraram neste modelo, embora sejam de considerar com reservas dado que os respectivos intervalos de confiança a 95% incluíram, ou estiveram próximo do valor 1.

Os médicos com idade superior a 55 anos apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 6,4; IC a 95%: 3,4; 11,8) de possuírem um nível elevado de auto-eficácia no aconselhamento, relativamente aos médicos mais jovens.

Os médicos com formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas apresentaram uma maior probabilidade de possuírem um nível elevado de auto-eficácia relativamente aos médicos sem esta formação (*odds ratio* ajustado = 5,1; IC a 95%: 1,3; 20,8).

Apresentaram uma maior probabilidade de possuírem um nível elevado de auto-eficácia, relativamente aos médicos sem formação, os respondentes com formação

teórica > 7 horas e  $\leq$  35 horas (*odds ratio* ajustado = 4,2; IC a 95%: 2,3; 7,7) ou superior a 35 horas (*odds ratio* ajustado = 3,7; IC a 95%: 1,6; 9,0).

Os médicos que referiram seguir habitualmente normas de boas práticas em cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 4,0; IC a 95%: 2,2; 7,2) de possuir uma percepção de auto-eficácia elevada, relativamente aos médicos que disseram não seguir estas normas.

Os médicos que disseram realizar consulta de cessação tabágica de apoio intensivo apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 2,7; IC a 95%: 1,0; 7,3) de possuir uma percepção de auto-eficácia elevada relativamente aos médicos que disseram não realizar consulta.

Os médicos que disseram possuir o Internato da especialidade de MGF apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 1,8; IC a 95%: 1,0; 3,0) de possuir uma percepção de auto-eficácia elevada relativamente aos médicos que disseram não possuir este Internato.

Quadro 174. *Odds ratios* da probabilidade de possuir uma percepção de eficácia pessoal no aconselhamento para a cessação tabágica elevada (modelo ajustado)

Variáveis incluídas no modelo Categorias	Categorias de referência	<i>Odds ratios</i> ajustados	<i>Odds ratios</i> (IC a 95%)	
Grupo etário > 55 anos	Grupo etário 25-34 anos	6,362	3,429	11,803
Formação prática > 35 horas	Não ter formação	5,142	1,269	20,828
Formação teórica em cessação tabágica >7 e $\leq$ 35 horas	Não ter formação	4,214	2,307	7,697
Formação teórica em cessação tabágica > 35 horas	Não ter formação	3,726	1,550	8,960
Seguir habitualmente o Programa-tipo	Não seguir	3,953	2,185	7,150
Grupo etário 45 – 54 anos	Grupo etário 25-34 anos	3,449	1,929	6,168
Formação teórica em cessação tabágica $\leq$ 7 horas	Não ter formação	2,087	1,291	3,374
Realizar consulta de apoio intensivo	Não realizar	2,708	1,000	7,331
Ter realizado o Internato de MGF	Não ter realizado	1,759	1,040	2,973

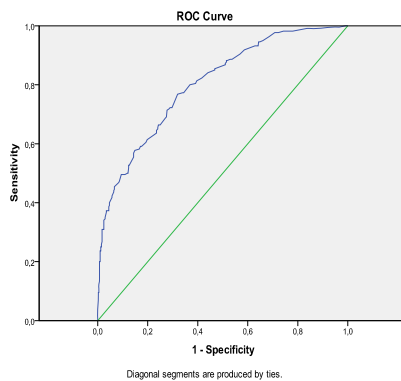


Figura 29. Probabilidade de possuir uma percepção de eficácia pessoal no aconselhamento em cessação tabágica elevada - área sob a Curva ROC (*PASW statistics*, 18).

## 4.DISSCUSSÃO

---



*“Life is short, and Art long; the crisis fleeting;  
experience perilous, and decision difficult.”*

*Hippocrates, 400 bC*

#### 4.1. A população de estudo e o método de recolha de informação

Considerada a importância de intervir junto dos especialistas de MGF, tendo em vista sensibilizar para o tema em estudo e, posteriormente, dar a conhecer resultados, desejavelmente num contexto formativo e de melhoria das práticas profissionais neste domínio, optou-se por utilizar, como população-alvo identificável, o universo dos médicos inscritos na APMCG, entidade reconhecida pelo seu papel de liderança técnica e formativa na área da MGF em Portugal. Os associados da APMCG representam uma corrente historicamente marcante na construção da identidade técnico-científica e cultural deste grupo profissional, tendo contribuído para definir e estruturar as bases conceptuais desta especialidade médica, após a sua criação no início da década de 80 do século passado (Sousa; Sardinha; Sanchez, 2001; Alves e Ramos, 2003; Moura, 2003).

Sabendo-se que existem, no nosso País, aproximadamente 5160 médicos de MGF (Pordata, 2010; Ordem dos Médicos, 2011), o número de inscritos na APMCG, em Março de 2010, num total próximo de 3050, representava 60% do total de médicos a exercer esta especialidade, em Portugal.

A recolha de dados foi efectuada tendo por base um questionário de autopreenchimento, construído a partir da revisão de literatura, tendo como referência o modelo descritivo das variáveis que interferem nas práticas de aconselhamento médico para a cessação tabágica, anteriormente apresentado na Figura 8.

A fim de assegurar a validade interna do presente estudo, no que respeita à validade de critério, foram seguidas linhas directrizes internacionais e orientações nacionais para a intervenção clínica na cessação tabágica (WHO, 2004b; Fiore *et al.*, 2008; National Institute for Clinical Excellence 2006; 2008; Nunes *et al.*, 2008; Reis *et*

*al.*, 2008) consideradas como *gold-standard* não só para a construção do questionário, mas também para fundamentar as opções tomadas em sede de análise e interpretação dos resultados (Abramson e Abramson, 1999).

No sentido de procurar garantir a validade de conteúdo, foi recolhido o parecer de seis peritos, cinco especialistas em MGF, com experiência no domínio da cessação tabágica e da comunicação médico-paciente e um psicólogo, com reconhecida experiência no campo da metodologia de investigação, nas áreas da mudança comportamental e da entrevista motivacional. Deste modo, procurou-se salvaguardar a adequação técnica dos conceitos utilizados, do questionário aplicado e das opções tomadas em termos de critérios e classificações adoptados (Streiner e Norman, 1995; Karen *et al.*, 2008).

Com o presente trabalho, pretendeu-se obter informação sobre atitudes, percepções e expectativas, conceitos teóricos dificilmente objectiváveis e acessíveis à investigação. Acresce o facto de os médicos serem profissionais treinados no processo de comunicação, conhecedores do assunto em estudo e, portanto, capazes de responder de modo tecnicamente correcto, independentemente da sua prática habitual, aspecto que pode ter introduzido um viés difícil de identificar e controlar.

A resposta por autopreenchimento, com garantia de anonimato, é, em todo o caso, o método que permite obter uma maior veracidade nas respostas. Outros métodos alternativos, como a observação ou a gravação das consultas, para além de exigirem a obtenção do consentimento dos serviços, dos pacientes e dos médicos, processo moroso e que limitaria a recolha de informação, teriam maior probabilidade de induzir respostas em função da desejabilidade social, ou seja, da tendência inconsciente dos respondentes para projectarem uma imagem favorável de si próprios (Streiner e Norman, 1995; Coleman, 2000; Glasgow; Emont; Miller, 2006).

Diversos estudos mostraram que, quando confrontadas as respostas dos médicos com as dos seus pacientes, quanto ao apoio sobre cessação tabágica fornecido durante a consulta, há da parte dos médicos tendência para sobreavaliar as suas práticas de aconselhamento. Porém, a recolha de informação junto dos pacientes também não é isenta de limitações, devidas a problemas de memória e de interpretação do que é transmitido pelo médico durante a consulta (Coleman, 2000; 2004; Nicholson *et al.*, 2000; Stead *et al.*, 2009).

As escalas de tipo Likert utilizadas no presente trabalho foram adaptadas da literatura consultada, tendo por base a sua pertinência para o estudo e o grau de



validade obtido nos estudos originais. Para além das limitações próprias deste tipo de escalas, o facto de estas não terem sido previamente validadas para os médicos portugueses poderá ter constituído uma limitação. Contudo, na sua generalidade, apresentaram uma consistência interna aceitável, não tendo sido encontrados problemas de aplicação.

Dessas escalas, a *Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)* é uma escala de autopreenchimento, relativamente simples de usar, desenvolvida por Krupat e colaboradores (2000; 2001), para avaliação do grau de adopção do método clínico centrado no paciente.

A *PPOS*, que se mostrou válida em estudos anteriores, pode ser aplicada a médicos, pacientes ou estudantes de medicina, permitindo avaliar se o método clínico adoptado na consulta é orientado para a doença ou para o paciente.

Esta escala, como já referido, foi primeiramente traduzida para português, no contexto de um estudo efectuado no Brasil, em estudantes de Medicina (Ribeiro, 2007) e em Portugal, em estudantes de fisioterapia (French, 2008).

No presente estudo, a escala *PPOS* apresentou uma fiabilidade, avaliada pelo índice  $\alpha$  de Cronbach de 0,75, sensivelmente semelhante à obtida pelos autores em diversos estudos, designadamente de 0,75 e 0,88 (Krupat *et al.*, 2000; Krupat *et al.*, 2004, Street *et al.*, 2003) e superior à encontrada nos estudos efectuados por Ribeiro (2008) e French (2008), em que o valor foi, respectivamente, de 0,60 e de 0,65, o que poderá ter resultado do facto de estas autoras terem utilizado populações-alvo diferentes.

A análise dos dados obtidos com escalas de tipo Likert tem gerado alguma controvérsia, no que respeita aos testes estatísticos que deverão ser utilizados. Para a maioria dos autores, os *scores* de resposta, dado serem variáveis ordinais, apenas devem ser analisados com recurso a testes não paramétricos, tendo por base os valores das medianas e as distribuições dos grupos comparativos. Para outros, a utilização de testes paramétricos, com recurso às médias dos *scores* de resposta a estas escalas, é uma alternativa aceitável (Norman, 2010). No que diz respeito à escala *PPOS*, o seu autor usou testes paramétricos para análise de resultados, opção igualmente seguida por Ribeiro (2008) e por French (2008). No presente trabalho, foi adoptada uma via conservadora de tratamento dos dados, respeitando-se o facto de as variáveis decorrentes da aplicação de escalas de tipo Likert serem variáveis ordinais e não variáveis contínuas.

Dado não existirem termos de referência, culturalmente adaptados aos médicos portugueses, para definição dos níveis de adopção do método clínico centrado no paciente, foram utilizados, como pontos de corte, os tercís da distribuição dos *scores* de resposta à totalidade dos dezoito itens da escala e os tercís de resposta aos nove itens de cada subescala (*caring* e *sharing*).

As restantes escalas utilizadas revelaram uma boa consistência interna, em particular as escalas de avaliação das atitudes positivas, das atitudes negativas e de avaliação da expectativa da auto-eficácia no aconselhamento. As escalas para avaliação da importância atribuída à cessação tabágica e ao papel do médico de MGF neste processo apresentaram uma fiabilidade mais fraca, embora dentro de valores aceitáveis.

As variáveis ordinais, resultantes dos *scores* de resposta às escalas de tipo Likert, foram categorizadas em três classes (nível baixo, médio e alto), tendo como pontos de corte os tercís das respectivas distribuições, a fim de enriquecer a análise dos dados e as conclusões do estudo. Embora este método permita comparar bem os grupos de médicos que pontuaram nos extremos opostos superior e inferior, poderá classificar menos bem os médicos colocados nos extremos do terço mediano. Este facto, a verificar-se, pode atenuar a capacidade de identificar as diferenças existentes entre os grupos em comparação (Greenland, 1995). A utilização do teste de comparação múltipla de médias das ordens permitiu explorar a existência de associações entre os diferentes grupos comparativos, o que possibilitou aprofundar este tipo de análise.

Para recolha de informação foi utilizado um questionário aplicado por via postal. Este método apresenta, como principal vantagem, a possibilidade de inquirir de um modo relativamente rápido um grande número de pessoas localizadas em diferentes locais ou zonas geográficas. Permite, por outro lado, que os inquiridos disponham de tempo para responder, aspecto importante quando a resposta exige algum grau de atenção e ponderação, conforme se verificou no presente estudo, e elimina eventuais enviesamentos decorrentes da presença de um entrevistador ou observador.

Na sua aplicação, foram seguidas as principais recomendações no sentido da obtenção de uma boa taxa de resposta: uso de envelope e papel timbrado institucional, carta de apresentação explicativa dos objectivos do estudo, bom arranjo gráfico e boa qualidade de impressão, inclusão de envelope de resposta paga para retorno da resposta, contactos da autora para eventuais informações complementares,

apoio institucional (Direcção da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da APMCG) e realização de contactos personalizados com vários elementos da população-alvo a fim de divulgar este estudo (Barclay *et al.*, 2002; Edwards *et al.*, 2002; Burns, 2008; Karen *et al.*, 2008). Além disso, a recepção dos questionários na residência, e não nos locais de trabalho, evitou que a preparação da resposta colidisse com a agenda habitualmente sobrecarregada dos médicos (Kellerman e Herold, 2001).

Apesar do cumprimento destes requisitos, foi obtida uma taxa útil de resposta de 22,4%. Se aplicadas as estimativas de Karen e outros (2008), ao presente trabalho, a realização de uma terceira volta de correio teria possibilitado um aumento de 30 a 50% da taxa inicial de resposta. Esta decisão, tendo em conta o carácter anónimo do questionário, obrigaria ao seu reenvio, pela terceira vez, para todos os médicos, o que acarretaria custos de correio significativos, sem um correspondente acréscimo na taxa de resposta que permitisse garantir a sua representatividade. Assim, optou-se pela não realização de uma terceira volta.

A taxa de resposta obtida, embora baixa, situou-se dentro dos valores observados em outros estudos publicados no nosso País. Sá, Ferreira e Branco (1994), num trabalho efectuado por inquérito postal, com três séries de envio, numa amostra de 20% dos associados da APMCG, alcançaram uma taxa de resposta de 50%. Graça (2000), num estudo de avaliação da satisfação profissional dos médicos associados da APMCG, conseguiu uma taxa de resposta de cerca de 7% do total de associados. Hespanhol e Sousa Pinto (2000) num estudo da mesma natureza, dirigido ao total de inscritos ( $n = 1097$ ) no Colégio da especialidade de MGF da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, obtiveram uma taxa de resposta de 30%, após três séries de envio do questionário. Em 2010, num estudo realizado na cidade do Porto, foi atingida uma taxa de resposta de 33% referente aos médicos dos cuidados de saúde primários e de apenas 7,5% relativa aos médicos de vinte serviços do Hospital de S. João (Ramos *et al.*, 2010). Uma investigação realizada no grupo de médicos internos de MGF, que iniciaram o respectivo internato em 2005, revelou uma taxa de resposta de 47,8% (Gaspar, 2010).

Estes valores revelam-se consistentemente inferiores aos encontrados na generalidade da literatura internacional publicada nesta área (Kellerman e Herold, 2001). Vários factores poderão ajudar a explicar este facto: a investigação a nível dos cuidados de saúde primários tem sido pouco valorizada, escasseiam os recursos

financeiros e humanos e, por vezes, os conhecimentos necessários para a adequada condução de estudos epidemiológicos (Jones *et al.*, 2003; Mold e Peterson, 2005).

É sabido que quanto mais baixa a taxa de resposta, maior a probabilidade de os respondentes diferirem dos não respondentes. Segundo Karen *et al.* (2008), idealmente seriam desejáveis taxas de resposta de pelo menos 60 a 70%, para assegurar a validade externa dos resultados obtidos. Contudo, os estudos realizados em médicos apresentam, frequentemente, taxas de resposta inferiores.

Apesar deste facto, relativamente a alguns destes estudos foi possível verificar a *posteriori* não existirem diferenças significativas entre respondentes e não respondentes (Kellerman e Herold, 2001; Barclay *et al.*, 2002; Edwards *et al.*, 2002; Young, 2005, Association of American Medical Colleges, 2007; Tong *et al.*, 2010). Relativamente a outros, foram encontradas diferenças: Armstrong e Ashworth (2000), num estudo de avaliação dos motivos que justificaram a não resposta de médicos de MGF a um questionário postal, observaram que os médicos que responderam eram mais receptivos ao assunto em estudo. Solberg e outros (2002) observaram que os respondentes apresentavam prevalências de consumo de tabaco inferiores às dos não respondentes. Estes viéses de selecção poderão ter ocorrido no presente trabalho, levando a que alguns resultados se possam encontrar sobre ou subavaliados.

Diversos autores têm procurado caracterizar os médicos que optam por não responder a questionários de investigação, concluindo-se que estes são habitualmente mais velhos, com mais anos de prática, menos qualificados e mais sujeitos a *stress* profissional ou pessoal. A falta de tempo, o excesso de trabalho, o facto de o questionário ser extenso ou o assunto não ser interessante, surgem como os argumentos mais invocados para a não resposta (McAvoy e Kaner, 1996; Kaner; Haighton; Mcavoy, 1998; Stocks e Gunnell, 2000).

Contudo estes argumentos, designadamente a falta de tempo e o excesso de trabalho, podem esconder motivos de carácter subjectivo, mais subtis e de natureza mais profunda, como seja o não se sentirem envolvidos na investigação, a antipatia pelo investigador ou pela entidade que patrocina o estudo, o desinteresse pelas actividades de investigação, consideradas de menor importância relativamente ao trabalho clínico, ou ainda o receio de poderem ser avaliados pelas suas respostas, mesmo quando o questionário é anónimo e confidencial (Jowett *et al.*, 2000; Hummers-Pradier *et al.*, 2008).

Todavia, se os respondentes não diferirem significativamente dos não respondentes, a taxa de resposta não afectará a validade externa do estudo. Pelo contrário, taxas de resposta elevadas podem não assegurar necessariamente a sua representatividade (Templeton *et al.*, 1997; Cummings; Savitz; Konrad, 2001; Young, 2005).

A taxa de resposta obtida no presente trabalho impõe precaução na possibilidade de generalização dos resultados apurados ao universo da população de estudo. Diversos motivos poderão ter contribuído para a não resposta, como seja o excesso de trabalho a que os médicos estão habitualmente sujeitos, a extensão do questionário ou o facto de o tema não ser suficientemente atractivo. A circunstância de a autora não ser especialista de MGF poderá, também, ter contribuído para a decisão de não aderir ao estudo. Por outro lado, o crescente número de pedidos de aposentação antecipada verificado na classe médica pode, em alguns casos, ter contribuído para a opção de não resposta.

Constatou-se que a distribuição da amostra de respondentes, em função do sexo, foi semelhante à da população de estudo. Porém, a distribuição por grupo etário não se revelou homogénea com a distribuição da população estudada: na amostra de respondentes, o grupo etário dos 36 aos 45 anos apresentou-se menos representado, acontecendo o oposto com o grupo etário dos 46 aos 55 anos; os restantes grupos apresentaram proporções próximas das existentes na população de estudo. Contudo, o facto de não ter sido possível dispor da caracterização demográfica da totalidade dos médicos inscritos na APMCG, mas apenas de cerca de 85%, limita, de alguma forma, o valor desta comparação.

Pese embora esta limitação, foi alcançada uma amostra de respondentes com uma dimensão que possibilitou a obtenção de resultados e a extracção de conclusões, que, embora não directamente extrapoláveis para a generalidade dos médicos de MGF, poderão ser úteis, no futuro, para definir novos eixos de investigação, mais específicos e direccionados.

#### 4.2. Discussão dos resultados

Alguns médicos não preencheram total ou parcialmente os dados de caracterização demográfica e profissional, apesar de o questionário usado no presente trabalho ser anónimo e confidencial, facto que poderá traduzir o receio de poderem ser identificados (Sierles, 2003).

Obtiveram-se respostas de 67% de mulheres e 33% de homens. O predomínio do sexo feminino na profissão médica é uma tendência que se tem acentuado ao longo dos últimos anos. Um estudo conduzido por Outeirinho (2005) sobre a caracterização dos médicos internos da especialidade de MGF, na ARS Norte, mostrou que o sexo feminino era predominante, apresentando um valor médio de 70,3%, relativamente ao período entre 1993 e 2003.

Analizada a distribuição por grupo etário em função do sexo, verificou-se uma predominância de respostas de médicas mais jovens, com menos de 34 anos, e de médicos com 55 ou mais anos. Cerca de metade das mulheres possuíam menos de dez anos de prática e cerca de metade dos homens tinham entre 20 e 29 anos de desempenho profissional de MGF.

Menos de 10% dos inquiridos referiram exercer no sector privado ou em serviços do SNS não integrados em Centros de Saúde. Dos restantes respondentes, cerca de metade afirmou exercer numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e a outra metade numa Unidade de Saúde Familiar.

Ao contrário do que seria de esperar, dado o grande apoio institucional à criação das Unidades de Saúde Familiar e a elevada motivação dos profissionais que têm aderido a este novo modelo organizacional (Sakellarides, 2010), não se encontrou associação, estatisticamente significativa, entre o local de exercício e a generalidade das variáveis em estudo.

Este facto poderá ser explicado pelo facto de a abordagem do consumo de tabaco não constar da lista de indicadores de contratualização para estas Unidades (Administração Central do Sistema de Saúde e Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009).

Verificou-se que mais de dois terços dos respondentes indicaram possuir o Internato da especialidade de MGF. A quase totalidade dos médicos com menos de dezanove anos de prática referiu ter realizado este Internato, enquanto que apenas cerca de metade dos médicos com vinte ou mais anos de prática confirmou possuir este tipo de formação.

No que se refere à formação em cessação tabágica, cerca de metade dos médicos admitiu não ter formação teórica nesta área e 81% admitiu nunca ter realizado formação prática. Apenas 8% dos médicos admitiram possuir formação teórica e 4% formação de carácter prático, com duração superior a 35 horas.

Analisado o consumo de tabaco, responderam nunca ter fumado 395 (62%) médicos de ambos os sexos. Referiram ser fumadores actuais 108 médicos (17%), dos quais 77 (12%) fumadores diários e 31 (5%) fumadores ocasionais. Esta proporção de consumo é ligeiramente inferior à encontrada entre a população em geral, embora esta comparação deva ser interpretada com reservas, devido à diferente metodologia de recolha de informação e às limitações de representatividade da amostra. Por outro lado, é possível que os médicos fumadores tenham respondido em menor proporção ao questionário e se encontrem, por esse facto, sub-representados.

As maiores proporções de respondentes que referiram fumar foram encontradas, em ambos os sexos, nos grupos etários mais velhos. Acima dos 55 anos, apenas 37% dos homens e 53% das mulheres responderam nunca ter fumado, o que traduz o início deste consumo num período em que fumar era um comportamento profissionalmente aceite e generalizado.

A expansão do consumo de tabaco na Europa, associada ao poder e ao elitismo social, a par do seu papel na história da medicina, ao longo de mais de quatro séculos, pode ajudar a compreender a dificuldade, ainda sentida nos dias de hoje, de alterar a percepção do risco associado ao consumo deste produto, em particular junto da classe médica (Mónica, 1992).

Conforme observado por Cayolla da Mota, no primeiro inquérito efectuado numa amostra representativa da população adulta portuguesa (1984), foi obtida uma percentagem de fumadores de 22,6% (37,3% nos homens e 10,1% nas mulheres). No sexo masculino, o consumo foi de 14,8% na classe social mais baixa e de 41,9% na classe social mais alta (Mota, 1986).

Na mesma época, a prevalência de fumadores nos médicos, em particular nas mulheres, quase que correspondia ao triplo da encontrada na população em geral (Medeiros *et al.*, 1982; Robalo Cordeiro *et al.*, 1988; Magalhães; Pádua; Miguel, 1996). No primeiro estudo de prevalência do consumo de tabaco nos médicos de família portugueses, efectuado por Sá, Ferreira e Branco (1994), numa amostra de 597 respondentes, foi observada uma proporção de médicos fumadores de 35%, 41% de homens e 30% de mulheres. Cerca de 10% dos respondentes assumiram fumar na

consulta, na presença dos seus pacientes. Dias (2006) encontrou uma prevalência de consumo, numa amostra de 240 médicos de 20,8%. Destes, 70% disseram fumar no seu local de trabalho.

No presente estudo, a maior proporção de médicos que assumiram nunca ter fumado foi observada no sexo feminino e no grupo de médicos mais jovens, que apresentaram uma prevalência de consumo, segundo dados auto-referidos, de apenas 11% (12,5% nos homens e 10,6% nas mulheres).

Estes resultados, embora não representativos e eventualmente subavaliados, parecem apontar para uma tendência de declínio do consumo de tabaco na classe médica, já verificada em outros países desenvolvidos, como o Reino Unido, os EUA e a Austrália, entre outros ( Doll *et al.*, 1994; Nelson *et al.*, 1994; Smith e Leggat, 2007; Tong *et al.*, 2010).

No nosso País, foi necessário passar quase meio século sobre a publicação dos estudos de Richard Doll e Bradford Hill, para que socialmente se aceitassem, não sem críticas e oposição, medidas de limitação do consumo deste produto em determinados locais fechados. Contrariamente ao que seria de esperar, não houve consenso entre a classe médica portuguesa quanto ao interesse e oportunidade de adopção de tais medidas (Silva, 2006). O facto de as doenças provocadas pelo tabaco apresentarem um grande período de latência (vinte a trinta anos) contribui para diminuir a percepção do risco. Fumar mata, mas não mata a curto prazo. A ameaça percebida é habitualmente baixa, em particular quando se é adolescente e se inicia o consumo. Quando a dependência se instala, parar é difícil para a generalidade dos fumadores e muitas vezes só acontece quando a percepção da ameaça aumenta na sequência do surgimento dos primeiros sintomas e sinais de doença.

Contudo, a recente adopção por Portugal de medidas legislativas restritivas do consumo de tabaco em determinados locais fechados de utilização colectiva (Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto), e a discussão pública que antecedeu a sua aprovação pelo Parlamento, poderão ter contribuído para criar um clima social menos permissivo a este consumo (Portugal. MS. DGS; Portugal. MS. INSA, 2011).

Esta Lei veio instituir a obrigatoriedade de criação de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, a nível dos cuidados de saúde primários e de alguns serviços hospitalares. A DGS fez publicar normas de actuação clínica em cessação tabágica, sob a forma de circular normativa, no sentido de estruturar as intervenções do SNS neste domínio (Portugal.MS.DGS, 2007; Nunes *et al.*, 2008).



Nos termos da referida lei, a temática do tabagismo passou a fazer parte integrante dos *curricula* das escolas médicas e de enfermagem, a exemplo do verificado em outros países (Geller *et al.*, 2008). No âmbito do SNS, várias acções de formação sobre cessação tabágica para profissionais de saúde vêm a ser levadas a cabo nos últimos anos.

Neste contexto, parecem estar criadas condições para que as novas gerações de profissionais de saúde apresentem cada vez menores prevalências de consumo e se sintam mais preparadas para apoiar os seus pacientes fumadores a parar de fumar ou a manterem-se abstinentes.

### 4.3. Confirmação de hipóteses

**Hipótese 1. O consumo de tabaco referido pelos médicos está associado às atitudes, percepções e expectativas, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento no domínio da cessação tabágica.**

Segundo vários autores, os médicos que adoptam hábitos de vida promotores de saúde apresentam crenças e atitudes mais favoráveis ao aconselhamento dos seus pacientes, assim como uma maior probabilidade de os aconselhar, de modo mais efectivo, sobre os seus comportamentos relacionados com a saúde (Cornuz *et al.*, 2000; Frank; Breyan; Elon, 2000; Frank *et al.*, 2000; Ohida *et al.*, 2001; Frank, 2004; Hajjar; Frost; Lacy, 2006; Vickers, 2007; Walter *et al.*, 2010).

Embora os resultados encontrados na literatura sejam por vezes contraditórios (Sadowski; Ruffieux; Cornuz, 2009), vários estudos demonstraram uma maior probabilidade de os médicos fumadores evidenciarem atitudes negativas face à cessação tabágica e aconselharem menos frequentemente os seus pacientes a parar de fumar (Kossler; Lanzenberger; Zwick, 2002; Willaing e Ladelund, 2004; Hajjar *et al.*, 2006; Stead *et al.*, 2009; Ulbricht *et al.*, 2009).

Um estudo efectuado por Josseran, King e Velter (2000) revelou que os médicos que referiram ser fumadores atribuíram uma menor importância ao papel do médico na cessação tabágica. Barreira, Gomes e Cunha (2007), num estudo efectuado em profissionais de saúde, observaram que os médicos fumadores denotavam uma maior permissividade ao tabagismo do que os não fumadores.

No presente trabalho, verificou-se que a proporção de médicos que atribuiu uma importância elevada à cessação tabágica foi superior entre os médicos que afirmaram nunca ter fumado (46%) ou ter deixado de fumar (49%), relativamente à encontrada entre os médicos que afirmaram fumar (39%). Contudo, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas.

Aproximadamente 67% dos médicos que referiram nunca ter fumado, ou ter deixado de fumar, estiveram totalmente de acordo ser uma atribuição do médico de MGF apoiar os pacientes na cessação tabágica. Dos médicos que referiram fumar, apenas 54% manifestou uma posição idêntica.

Cerca de metade dos médicos que referiu fumar (46%) apresentou um nível elevado de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica, bastante superior ao

encontrado entre os médicos que referiram nunca ter fumado ou ter deixado de fumar (29%).

No entanto, no que se refere às atitudes positivas face à cessação tabágica, não foram encontradas diferenças, com significado estatístico, relativamente às distribuições das respostas em função do consumo de tabaco.

Situaram-se no terço com menor auto-eficácia 34% dos médicos que nunca fumaram, 28% dos ex-fumadores e 41% dos fumadores, contudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco e o nível de auto-eficácia no aconselhamento.

Brotons e outros (2005), num estudo promovido pela *European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROPREV)*, no qual Portugal não participou, mostraram que os médicos que referiram fumar tinham uma menor expectativa de efectividade no aconselhamento dos seus pacientes fumadores.

No presente estudo, mais de metade dos médicos que assumiram fumar consideraram ser pouco efectivos no aconselhamento dos seus pacientes sobre consumo de tabaco. Todavia, não se observou a existência de associação, estatisticamente significativa, entre o consumo de tabaco e a percepção de efectividade no aconselhamento.

A grande maioria dos médicos que assumiram nunca ter fumado ou ter deixado de fumar responderam tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre cessação tabágica. Entre os médicos que referiram fumar, 23% assumiram não ter este tipo de iniciativa.

Assim, os médicos que disseram nunca ter fumado apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica relativamente aos médicos que responderam ser fumadores (*odds ratio* = 2,8; IC a 95%: 1,6; 4,8); os ex-fumadores, uma probabilidade um pouco inferior (*odds ratio* = 2,2 IC a 95%: 1,1 4,6).

Constatou-se que os médicos que disseram nunca ter fumado apresentaram uma maior probabilidade de realizar com frequência uma intervenção breve de aconselhamento segundo a abordagem dos “5 Ás”, relativamente aos médicos que responderam ser fumadores, (*odds ratio* = 2,8; IC a 95%: 1,4; 5,4). Após ajustamento para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo obteve-se um *odds ratio* ajustado semelhante (*odds ratio* ajustado = 2,6; IC a 95%: 1,4; 5,7).

O facto de os médicos que referiram fumar poderem estar sub-representados e de ter existido algum grau de desejabilidade social nas respostas poderá explicar alguma inconsistência nos resultados obtidos, no que se refere à associação entre o consumo de tabaco, as atitudes positivas face à cessação tabágica e a percepção da efectividade no aconselhamento. Não obstante, parece ter ficado patente uma maior propensão dos médicos que nunca fumaram para intervir nesta área.

A realidade de outros países mostra ser possível vir a alcançar taxas de prevalência de consumo de tabaco entre a classe médica muito baixas, dando-se como exemplo os resultados recentemente obtidos num estudo nacional efectuado nos EUA que revelou uma prevalência de consumo inferior a 6% em médicos de várias especialidades e de 1,4% em médicos a trabalhar nos cuidados primários de saúde (Tong *et al.*, 2010).

Neste contexto, parece ficar realçada a necessidade de se criarem condições, no nosso país, a diferentes níveis, para que a aparente tendência de diminuição do consumo de tabaco entre a classe médica portuguesa se acentue nos próximos anos.

**Hipótese 2. A adoção do método clínico centrado no paciente está associada positivamente à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento sobre cessação tabágica.**

O poder simbólico atribuído ao médico, decorrente do seu conhecimento e da sua capacidade para diagnosticar e curar a doença, remonta aos primórdios da profissão. Este poder, à luz dos princípios da medicina biomédica, tem sido frequentemente usado de modo assimétrico, com autoritarismo ou de modo paternalista, contribuindo para a perda de autonomia e da possibilidade de desenvolvimento do potencial psicoemocional de recuperação da saúde por parte dos pacientes (Foucault, 1979; Rogers, 1985; Miller e Rollnick, 1991; Balint, 1998; Martins, 2003; Brito; Hudson; Blampied, 2004; Caprara e Rodrigues, 2004).

Em sentido oposto, uma abordagem centrada no paciente pressupõe que este poder seja partilhado no sentido da capacitação do paciente, considerado um aliado do médico no processo terapêutico. Conforme afirmou Mário Moura (2003), “... não podemos esquecer o papel ‘do outro’ no desenvolvimento do ser humano, na sua saúde e no seu adoecer, e por isso o papel fundamental da relação, a sua procura, a sua potenciação e reforço mantêm-se como instrumento terapêutico insubstituível.”

A necessidade de promover este método clínico tem sido, no entanto, questionada por alguns autores, na medida em que, por definição, toda a *praxis* médica deveria assumir o paciente como fulcro da sua acção (Bensing, 2000). Conforme se afirma na Declaração de consenso de Toronto:

*“ ... effective communication between doctor and patient is a central clinical function that cannot be delegated. Most of the essential diagnostic information arises from the interview, and the physician's interpersonal skills also largely determine the patient's satisfaction and compliance and positively influence health outcomes. Such skills, including active listening to patients' concerns, are among the qualities of a physician most desired by patients (Simpson et al., 1991).”*

Na verdade, porém, o modelo de formação pré-graduada tem favorecido, ao longo dos últimos cem anos, uma abordagem predominantemente centrada no paradigma patogénico, no tratamento da doença física e no poder do médico (Bensing, 2000; Mead e Bower, 2000; Baldwin *et al.*, 2008; Frenk *et al.*, 2010).

Diversos estudos têm mostrado que a adopção do método clínico centrado no paciente tem benefícios para o médico, o paciente e o sistema: contribui para uma maior eficiência (menos exames complementares e encaminhamentos para a especialidade) e para uma maior satisfação com a consulta, em particular quando existe congruência entre o tipo de abordagem adoptada e as expectativas do paciente quanto à actuação do médico. Contribui igualmente para melhorar a saúde dos pacientes e a resolução de alguns sintomas, em particular os associados a distúrbios de ansiedade e à gestão da doença crónica (Kinnersley *et al.*, 1999; Stewart *et al.*, 2000; Little *et al.*, 2001; Bauman; Fardy; Harris, 2003; Griffin *et al.*, 2004; Krupat *et al.*, 2000a; 2004; Parchman e Burge, 2004; Conroy *et al.*, 2005a; McWhinney e Freeman, 2010).

Adoptar um método clínico que valorize os aspectos relacionados com os factores de risco comportamentais implica que o médico possua uma visão holística da saúde e dos processos de adoecer, que integre, não só a componente biomédica, mas também a componente relativa às dimensões emocionais e psicossociais associadas aos fenómenos de saúde e de doença (Engel, 1980).

Segundo McWhinney e Freeman (2010) a essência deste método reside na tentativa de realização de uma dupla tarefa: “compreender a pessoa e compreender a doença da pessoa” (McWhinney e Freeman, 2010).

Conforme proposto por Stewart e colaboradores (1995; 2003) e por McWhinney e Freeman (2010), um dos eixos que caracterizam uma abordagem centrada no paciente consiste, precisamente, na incorporação de uma perspectiva de promoção da saúde e de prevenção da doença, tendo por base a compreensão da pessoa como um todo e a procura de um terreno comum de entendimento quanto às mudanças comportamentais e aos objectivos terapêuticos a alcançar.

A promoção de uma abordagem centrada no paciente parece constituir, assim, a melhor via para a promoção da saúde no contexto clínico, na medida em que assenta numa visão integradora das vertentes somática, psicoemocional, social e cultural. Esta abordagem oferece a oportunidade de o aconselhamento médico ser adaptado às necessidades de cada paciente, sem ser sentido como uma intromissão indevida por ambas as partes (Simpson *et al.*, 1991; Davis, 2000; Rebelo, 2001a; 2001b; Litt, 2002; Caprara e Rodrigues, 2004; Dugan *et al.*, 2006; Hespanhol; Couto; Martins, 2008).

No mesmo sentido, diversos autores têm sublinhado que a promoção de estilos de vida saudáveis não deve assumir um modelo prescritivo. Implica compreender o

paciente e a sua circunstância, acreditar nas suas capacidades e ajudar a desenvolvê-las, ao longo do seu ciclo de vida, promovendo a literacia e a autodeterminação em saúde, aproveitando de modo oportunístico determinados acontecimentos ou momentos de maior susceptibilidade à mudança (Sttrot e Davis, 1979; Kickbusch, 2001; Loureiro e Miranda, 2010).

Uma abordagem centrada no paciente poderá configurar, assim, a melhor estratégia para discutir a questão da cessação tabágica sem comprometer a relação na consulta, na medida em que se centra nas percepções, nas vivências e nas expectativas da pessoa fumadora, que se sente alvo da atenção e compreensão do seu médico e não culpabilizada por persistir num comportamento não saudável.

Partindo deste princípio, colocou-se a hipótese de que os médicos que referem seguir esta abordagem na sua prática clínica aproveitariam as oportunidades de contacto com os pacientes ao longo do seu ciclo de vida, para incorporarem a vertente preventiva e de promoção da saúde e, conseqüentemente, adoptariam com maior frequência práticas de aconselhamento motivacionais dos fumadores, no sentido da cessação tabágica.

A avaliação do método clínico seguido na consulta é, contudo, de difícil objectivação. Vários métodos poderão ser utilizados: os relatos dos pacientes, a observação da consulta, a sua gravação ou a realização de entrevistas, individuais ou em grupos focais (Kaplan *et al.*, 1995; Stewart, 1995; Boon e Stewart, 1998; Mead e Bower, 2000; Griffin *et al.*, 2004; Epstein *et al.*, 2005). Contudo, nenhum destes métodos é isento de potenciais enviesamentos.

No presente trabalho, conforme referido, foi adoptada uma escala de tipo Likert para avaliação do método clínico adoptado na consulta (*PPOS*) –, composta por duas subescalas: uma orientada para a avaliação do posicionamento do médico face à partilha de informação e poder na relação com o paciente (*sharing*), outra orientada para a avaliação do seu posicionamento face a uma perspectiva empática e holística de lidar com os pacientes (*caring*). Naturalmente que este método, devido à sua simplicidade, ao facto de não atender à perspectiva dos pacientes e ao facto de se basear em dados auto-referidos, se revela redutor da riqueza e da complexidade inerentes ao processo de comunicação na consulta. Permite, todavia, obter tendências de actuação, que não excluem, antes impõem a necessidade de futura investigação, mais aprofundada, com recursos a métodos de natureza qualitativa, que permitam explorar as percepções dos pacientes relativamente ao grau de satisfação com a

comunicação que estabelecem com o seu médico durante a consulta e o seu possível impacto na mudança dos seus comportamentos relacionados com a saúde.

Calculados os tercís dos *scores* obtidos nas respostas à totalidade dos itens da *PPOS*, verificou-se que estes foram de 4,2 e de 4,7. Tendo estes valores como pontos de corte, observou-se que 31% dos respondentes se situaram no terço inferior, revelando-se pouco centrados nos pacientes, 37% no terço intermédio, moderadamente centrados nos pacientes, e 32% no terço superior, ou seja, muito centrados nos pacientes. O facto de não terem sido encontrados estudos publicados nesta área, efectuados com médicos portugueses, não permite dispor de um termo de comparação culturalmente validado. Os autores da escala (Krupat *et al.*, 2000a), num estudo efectuado em 177 médicos, utilizaram pontos de corte superiores aos usados no presente trabalho ( $\leq 4,57$ ;  $>4,57$  e  $<5$ ;  $\geq 5$ ).

Verificou-se que os *scores* médios obtidos na resposta a esta escala foram respectivamente de *PPOS* = 4,5; *sharing* = 4,0; *caring* = 5,0. Krupat e outros (2000a) obtiveram valores ligeiramente superiores (*PPOS* = 4,8; *sharing* = 4,6; *caring* = 5,0). Estes resultados sugerem uma maior adopção, por parte dos médicos nos EUA, do método clínico centrado no paciente, em particular no que se refere à vertente relativa à partilha de informação e poder. Relativamente à atitude de cuidar (*caring*), ou seja, de estabelecer um relacionamento de empatia com os pacientes e de os valorizar relativamente às suas necessidades, expectativas, sentimentos e circunstâncias de vida, foram obtidos resultados semelhantes aos observados pelos autores da escala.

Muito embora estes dados possam traduzir uma diferente atitude dos respondentes relativamente à partilha de poder, poderão traduzir, igualmente, uma maior exigência por parte dos pacientes americanos no acesso à informação relativa ao seu estado de saúde. Importa, no entanto, sublinhar que o facto de a escala não ter sido validada e adaptada aos médicos portugueses limita este tipo de comparação.

Verificou-se, no presente trabalho, que as mulheres e os médicos mais jovens ou com menos de vinte anos de prática parecem adoptar, com maior frequência, uma abordagem centrada nos pacientes. Estes resultados estão em consonância com os obtidos pelos autores da escala (Krupat *et al.*, 2000a).

Verificou-se, também, que os médicos com o Internato da Especialidade de MGF se revelaram mais centrados nos pacientes do que os restantes médicos, resultado que poderá traduzir o investimento formativo nesta área durante a realização deste Internato (Costa, 2003).



Apesar de os *scores* medianos de resposta à *PPOS* terem registado um aumento em função do número de horas de formação em cessação tabágica, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a posse de formação nesta área e o método clínico adoptado na consulta, o que poderá resultar do facto deste tipo de formação se concentrar fundamentalmente na transmissão de conhecimentos sobre tabagismo.

Tendo por base os resultados obtidos na resposta à *PPOS* observou-se que os médicos mais centrados nos pacientes atribuíram uma maior importância à cessação tabágica e denotaram um nível de atitudes favoráveis à sua intervenção nesta área mais elevado do que o encontrado entre os médicos menos centrados nos pacientes, confirmando-se a existência de associação, estatisticamente significativa, entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,14$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 594$ ).

Este grupo de médicos, apresentou também um nível de atitudes negativas face à sua intervenção na cessação tabágica inferior ao encontrado nos restantes médicos, observando-se uma correlação negativa entre o grau de adopção do método clínico centrado no paciente e o nível de atitudes desfavoráveis face à cessação tabágica ( $R_s = -0,30$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 602$ ).

Foi confirmada a existência de associação entre o método clínico adoptado na consulta e a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica. O grupo de médicos moderadamente centrado nos pacientes apresentou uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre consumo de tabaco, relativamente ao grupo menos centrado nos pacientes (*odds ratio* = 2,3; IC a 95%: 1,3; 4,2). Entre o grupo de médicos mais centrado nos pacientes, foi igualmente encontrada uma maior proporção de médicos que assumiram tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* = 1,9; IC a 95%: 1,1; 3,4).

Verificou-se que, entre o grupo de médicos mais centrado nos pacientes, 27% afirmaram ter realizado uma intervenção breve de aconselhamento, como actuação mais frequente, com pacientes fumadores em preparação para parar de fumar, de acordo com o modelo dos “5 Ás”. Apenas 19% dos médicos menos centrados nos pacientes referiram realizar uma intervenção semelhante, existindo associação marginalmente significativa do ponto de vista estatístico entre ambas as variáveis ( $p = 0,05$ ).

Confirmou-se a existência de associação, estatisticamente significativa, entre o método clínico usado na consulta, avaliado pela *PPOS*, e a frequência de realização

auto-referida de uma intervenção de aconselhamento dos pacientes fumadores não motivados para parar de fumar (segundo o modelo dos “4Rs”). Assim, cerca de 18% dos médicos mais centrados nos pacientes disseram realizar, de modo frequente, uma intervenção de aconselhamento com estes pacientes. Este resultado foi de 9% entre os médicos moderadamente centrados e de 13% entre os médicos menos centrados nos pacientes.

Contrariamente ao esperado, não foi encontrada associação, estatisticamente significativa, entre os *scores* de resposta à *PPOS* e a realização frequente auto-referida de uma intervenção motivacional breve com pacientes ambivalentes em relação ao abandono do tabaco. Considerando que o aconselhamento motivacional é por definição centrado no paciente, este resultado traduz algum grau de incongruência, que importará aprofundar em futura investigação.

A análise multivariada não evidenciou a importância do método clínico na decisão de realizar uma intervenção de aconselhamento, dado que esta variável não foi identificada nos respectivos modelos ajustados.

No que se refere à subescala *caring*, verificou-se que 41% dos médicos mais centrados nos pacientes apresentaram o nível mais elevado de atitudes positivas face à cessação tabágica. Pelo contrário, cerca de 47% dos médicos moderadamente, ou pouco centrados nos pacientes, apresentaram o nível mais baixo de atitudes positivas, tendo sido encontrada uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $R_s = 0,18$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 614$ ).

Verificou-se que cerca de metade (49%) dos médicos mais centrados nos pacientes, na vertente *caring*, apresentou os *scores* mais baixos de atitudes negativas face à cessação tabágica. Pelo contrário, cerca de 40% dos médicos menos centrados nos pacientes nesta vertente, apresentaram os *scores* mais elevados de atitudes negativas face à cessação tabágica, tendo sido encontrada uma correlação negativa ( $R_s = -0,28$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 622$ ) entre as duas variáveis.

Os médicos mais centrados nos pacientes na vertente *caring* apresentaram uma maior probabilidade, relativamente aos médicos menos centrados nos pacientes, de tomar a iniciativa de aconselhar sobre esta matéria (*odds ratio* = 2,1; IC a 95%: 1,2; 3,7). Não foi encontrada, no entanto, associação significativa do ponto de vista estatístico entre as respostas à subescala *caring* e a realização de uma intervenção de aconselhamento, com pacientes em qualquer dos estádios de mudança comportamental.

Relativamente à vertente *sharing*, foi encontrada uma correlação negativa entre os scores de resposta a esta subescala e o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica ( $R_s = -0,23$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 607$ ).

Porém, contrariamente ao que seria de esperar, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre o grau de adopção do método clínico centrado no paciente na vertente *sharing* e as atitudes positivas face à cessação tabágica, a iniciativa de aconselhar ou a realização de uma intervenção breve de aconselhamento, com pacientes em qualquer estágio de mudança comportamental.

Estes resultados parecem corroborar a hipótese de que a adopção do método clínico centrado no paciente poderá contribuir para atitudes mais favoráveis face à cessação tabágica e para uma maior disponibilidade para a intervenção nas áreas comportamentais. Todavia, os resultados obtidos traduzem alguma inconsistência na associação entre a adopção deste método e as práticas auto-referidas de aconselhamento, em particular no que se refere à vertente *sharing* relativa à partilha de poder com os pacientes, não sendo possível confirmar plenamente a hipótese colocada.

As limitações de representatividade da amostra, a circunstância de a *PPOS* não ter sido previamente sujeita a validação para os médicos portugueses e a não existência de trabalhos já publicados sobre este tema, no nosso país, poderá ajudar a explicar este resultado e impõe reservas à possibilidade de extrair conclusões generalizáveis à população de estudo.

Flach e outros (2004) verificaram que os médicos que adoptavam práticas mais centradas nos pacientes apresentavam uma maior probabilidade de aconselhar a parar de fumar, embora os resultados fossem menos consistentes relativamente a outras actividades preventivas. Estes autores sublinharam a importância de melhorar a definição dos elementos ou dimensões que definem a prática médica como sendo centrada no paciente, bem como a forma de avaliar o contributo de cada uma dessas dimensões na adopção de melhores práticas preventivas e na obtenção de melhores resultados de saúde.

Parece, desta forma, importante continuar a aprofundar este eixo de pesquisa, no sentido de validar os resultados obtidos no presente trabalho, bem como a pertinência da hipótese de investigação formulada, dadas as possíveis implicações que este conhecimento poderá vir a ter na melhoria da formação profissional e das práticas de intervenção nesta área.

Na realidade, não se conhece qual o tipo de comunicação adoptado pelo médico no aconselhamento para a cessação tabágica. Para além da realização de determinadas tarefas, de acordo com o preconizado nas normas de orientação clínica, importaria conhecer como é que essas tarefas são realizadas em termos do processo de comunicação com o paciente – prescritivo ou participativo –, dado o impacto que esse processo poderá ter no estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, na satisfação com a consulta, na adesão a um plano terapêutico e no sucesso da mudança comportamental (Street *et al.*, 2003; Street e Epstein, 2008).

Importará, também, melhorar o conhecimento quanto às preferências dos pacientes portugueses relativamente ao estilo de comunicação usado pelo médico na consulta de MGF. Swenson e outros (2004) concluíram que muitos pacientes, em particular os mais idosos, ou com pouca escolaridade, parecem preferir que o médico adopte uma abordagem prescritiva e focada nos aspectos biomédicos. Segundo Cheraghi-Sohi e outros (2008), embora uma abordagem centrada no paciente seja importante, os pacientes podem atribuir uma maior prioridade à qualidade técnica e à continuidade dos cuidados prestados.

Apesar de o método clínico centrado no paciente ser amplamente proposto, no plano estratégico, no âmbito do reforço dos cuidados de saúde primários (Costa, 2003; WHO, 2008b; McWhinney e Freeman, 2010), parece, assim, importante clarificar este conceito e melhorar o conhecimento quanto ao seu possível impacto não só em termos de satisfação com a consulta, mas também em termos de adesão à terapêutica, de mudanças comportamentais e de ganhos em saúde, no contexto da realidade portuguesa.

**Hipótese 3. As atitudes relativamente à cessação tabágica estão associadas à percepção de auto-eficácia, à expectativa de efectividade do aconselhamento, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.**

As atitudes traduzem uma predisposição para responder de modo favorável ou desfavorável a uma dada situação ou problema (Azjen e Fishbein, 1975; Lima, 1996).

O interesse na sua avaliação assenta no pressuposto de que estas exercem influência sobre os comportamentos. A investigação tem mostrado que a força desta associação é variável no tempo, em função do contexto e em função dos problemas ou matérias aos quais as atitudes se referem. Apesar das críticas à valorização das atitudes, considerando alguns autores não estar comprovada a sua relação com os comportamentos, o seu estudo continua a ser útil na compreensão das dimensões subjectivas que envolvem as tomadas de decisão em múltiplos aspectos, em particular nas áreas da saúde e das ciências sociais (Montaño e Kasprzyk, 2002; Meredith *et al.*, 2005).

Mcllvain e outros (2002), num estudo efectuado junto de 155 médicos, tendo por base dados de observação, das consultas e dos registos clínicos, e a realização de entrevistas, revelou que a totalidade dos médicos considerou a abordagem do consumo de tabaco como uma actividade de grande importância, tendo cerca de 75% considerado possuir uma boa capacidade para aconselhar os seus pacientes nesta área. Contudo, cerca de 33% consideraram ter pouca ou nenhuma influência na mudança do comportamento tabágico dos pacientes, verificando-se que apenas 21% expressaram uma expectativa muito positiva quanto à sua capacidade de influenciar a decisão de parar de fumar por parte dos pacientes. Conforme concluíram estes autores, a atitude geral dos médicos poderia ser resumida do seguinte modo: “...*I think smoking is a big problem, and is my job to counsel my patients to quit, but most aren't interested in quitting, and those who do try aren't very successful.*”

Vogt, Hall e Marteau (2005) concluíram, após a realização de uma revisão sistemática, que a grande maioria dos médicos de MGF não expressava atitudes negativas relativamente à sua intervenção na área da cessação tabágica. Contudo, cerca de 42% dos médicos consideraram que este tipo de intervenção é muito consumidor de tempo e 38% que não é efectivo. Cerca de 22% dos inquiridos revelaram falta de confiança na sua capacidade para intervir nesta área e 18% consideraram a abordagem deste assunto pouco gratificante. Uma pequena minoria

considerou que a intervenção nesta área é uma intromissão na vida privada do paciente, não sendo uma responsabilidade do médico.

De acordo com o modelo transteórico de mudança, no estágio de pré-contemplação predominam as atitudes negativas relativamente à alteração do comportamento, que gradualmente dão lugar a um predomínio de atitudes positivas à mudança à medida que aumenta a intenção de mudar. O balanço decisional entre aspectos positivos e negativos constitui um importante factor preditivo da mudança de um dado comportamento (Prochaska *et al.*, 1994; Park *et al.*, 2001).

Segundo diversos estudos, os médicos com melhores práticas de intervenção no apoio dos seus pacientes fumadores apresentam níveis elevados de atitudes positivas e níveis baixos de atitudes negativas face à cessação tabágica (Proshaska e DiClemente, 1983; Park *et al.*, 2001; An *et al.*, 2004; Voght; Hall, Marteau, 2005; Laws *et al.*, 2008).

Por outro lado, possuir atitudes favoráveis ao trabalho nesta área parece contribuir para melhores resultados a nível das taxas de sucesso da cessação tabágica. Conforme observado por Meredith e outros (2005) “...*more favourable attitudes were associated with higher rates of patient-reported smoking cessation behavior. Findings suggest that Primary Care Physicians who endorse smoking-cessation counselling and referral may provide more treatment recommendations and have higher patient quit rates.*”

Analizadas as respostas à escala de atitudes positivas face à cessação tabágica, verificou-se que 33% dos médicos se situaram no terço com um nível de atitudes positivas elevado e 40% no terço inferior, com o nível de atitudes positivas mais baixo.

Apenas um quinto dos respondentes denotou, simultaneamente, um nível elevado de atitudes positivas e um nível baixo de atitudes negativas face à intervenção na cessação tabágica, tendo sido encontrada a existência de uma correlação negativa entre estas duas variáveis ( $R_s = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ).

Não foram encontradas diferenças com significado estatístico em função do sexo. Os médicos mais jovens, ou com menos de dez anos de prática de MGF, demonstraram um nível de atitudes positivas inferior ao encontrado entre os restantes médicos.

Verificou-se que mais de dois terços dos respondentes consideraram que o apoio à cessação tabágica é um bom investimento do tempo de consulta. Porém, em

algumas afirmações, a proporção de concordância absoluta foi relativamente baixa. Assim, apenas 12% dos respondentes concordaram totalmente que “a maioria dos pacientes fumadores deseja parar de fumar”. De notar que somente um terço dos médicos disse concordar totalmente com as afirmações “os fumadores esperam que o seu médico de família os aconselhe a parar de fumar” ou “os fumadores apreciam que o seu médico de família os aconselhe a parar de fumar”. Metade dos médicos concordou totalmente que “ajudar os pacientes fumadores a parar de fumar é uma tarefa muito gratificante”.

Estar em desacordo com estas afirmações poderá contribuir para que o médico não intervenha nesta área de modo continuado e efectivo. Colocou-se assim a hipótese de as atitudes favoráveis à cessação tabágica se apresentarem associadas às percepções, expectativas e práticas auto-reportadas de intervenção nesta área.

Cerca de metade dos médicos que expressou um nível elevado de atitudes favoráveis à cessação tabágica apresentou um nível de auto-eficácia no aconselhamento igualmente elevado, tendo sido encontrada uma correlação positiva entre ambas as variáveis ( $R_s = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 620$ ).

O grupo de médicos com um nível de atitudes positivas elevado apresentou igualmente uma percepção da efectividade do seu aconselhamento na cessação tabágica elevada, confirmando-se a existência de uma correlação positiva entre as duas variáveis ( $R_s = 0,36$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 619$ ).

Os médicos com um nível elevado de atitudes positivas face à cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* = 5,3; IC a 95%: 2,6; 10,6); de realizar uma intervenção breve de aconselhamento “5 Ás” (*odds ratio* = 2,6; IC a 95%: 1,6; 4,2); de realizar uma intervenção de aconselhamento com pacientes que não querem parar de fumar (*odds ratio* = 2,7; IC a 95%: 1,5; 4,8) ou ambivalentes (*odds ratio* = 3,7; IC a 95%: 2,2; 6,1), em relação aos médicos com o nível de atitudes positivas mais baixo.

A análise multivariada não identificou, contudo, o nível de atitudes positivas como uma das variáveis com maior influência na probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar ou de realizar uma intervenção de aconselhamento na área da cessação tabágica.

No que se refere às atitudes negativas face à cessação tabágica, cerca de 35% dos médicos situou-se no terço inferior e 32% no terço com um nível de atitudes negativas mais elevado.

Verificou-se que as mulheres, o grupo etário dos 35 aos 44 anos e o grupo com 10 a 19 anos de prática apresentaram um nível mediano de atitudes negativas inferior ao encontrado entre os restantes médicos.

A grande maioria dos médicos discordou da afirmação “as taxas de sucesso da cessação tabágica são tão baixas que não vale a pena dar prioridade ao aconselhamento dos fumadores”. Porém, aproximadamente um quarto dos respondentes considerou que o aconselhamento repetido dos fumadores a parar de fumar pode perturbar negativamente a relação médico-paciente e 16% consideraram que a maioria dos fumadores consegue parar de fumar sem apoio médico.

Dos médicos com um nível de atitudes negativas mais elevado, 64% situaram-se no nível de atitudes positivas mais baixo.

Mais de metade dos médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas expressou uma percepção de auto-eficácia no aconselhamento baixa. Foi encontrada uma correlação negativa entre o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica e a percepção de auto-eficácia no aconselhamento ( $R_s = -0,33$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 629$ ).

Dos médicos com um *score* de atitudes negativas elevado, 53% apresentaram o nível mais baixo de resposta à escala de efectividade, existindo uma correlação negativa entre o *score* de atitudes negativas e a distribuição das respostas à escala de efectividade ( $R_s = -0,29$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 627$ ).

Conforme seria de esperar, possuir um nível baixo de atitudes negativas apresentou-se associado à iniciativa de aconselhar. A quase totalidade dos médicos com um nível de atitudes negativas baixo mencionou tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco; este valor desceu para 76% entre os médicos com um nível elevado deste tipo de atitudes.

Os médicos com o nível de atitudes negativas mais baixo apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar, relativamente aos médicos com o nível de atitudes negativas mais elevado (*odds ratio* = 7,6; IC a 95%: 3,6; 15,9).

A proporção de médicos que referiu realizar, com muita frequência, uma intervenção breve segundo o modelo dos “5 Ás”, aumentou em função da diminuição do nível de atitudes negativas, de 8 para 30%. Os médicos com o nível de atitudes negativas mais baixo apresentaram uma maior probabilidade de realizar este tipo de aconselhamento, relativamente aos médicos com o nível de atitudes negativas mais elevado (*odds ratio* = 4,7; IC a 95%: 2,6; 8,5). Do mesmo modo, a proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus



pacientes fumadores que não querem parar de fumar, com muita frequência, aumentou progressivamente em função da diminuição do nível de atitudes negativas, de 9 para 17%. A proporção de médicos que referiu realizar, frequentemente, uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes aumentou em função da diminuição do nível de atitudes negativas, de 14 para 27%.

A análise multivariada de regressão logística revelou que os médicos com o nível mais baixo de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes (*odds ratio* ajustado = 2,7; IC a 95%: 1,1; 6,8) ou de realizar uma intervenção breve de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás” (*odds ratio* ajustado = 2,8; IC a 95%: 1,4; 5,7), ajustada para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo, comparativamente ao grupo de médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas.

Estes resultados são consistentes com a hipótese formulada e sublinham a importância de se terem em conta as variáveis atitudinais nos processos de decisão clínica, em particular as atitudes negativas, pela influência que estas parecem exercer sobre a percepção de eficácia pessoal, a expectativa de efectividade, a iniciativa de aconselhar e as práticas auto-referidas de intervenção no domínio da cessação tabágica.

**Hipótese 4. A atribuição de importância à cessação tabágica apresenta uma associação positiva com a iniciativa de aconselhar e as práticas auto-referidas de aconselhamento.**

A importância atribuída ao tabagismo, enquanto problema de saúde, no contexto da complexidade da consulta de MGF e da co-morbilidade presente em grande parte dos pacientes, pode influenciar a iniciativa de aconselhar e o tipo de práticas de aconselhamento adoptadas pelo médico. Para muitos médicos o tabagismo não é considerado uma doença crónica, mas um “vício” ou um hábito pouco saudável, socialmente generalizado, modificável através da força de vontade e que não merece uma atenção especial e proactiva por parte do médico, se não existir um pedido de apoio expresso ou sintomas de doença associados ao consumo (Rose, 1985; Young e Ward, 2001; Steinberg *et al.*, 2010).

Cornuz e outros (2003) verificaram que 12% dos médicos atribuíam uma importância baixa ao aconselhamento para a cessação tabágica, em comparação com outro tipo de actividades de índole preventiva.

Cleland e outros (2009) encontraram associação entre a importância atribuída ao papel do médico de MGF na cessação tabágica e as práticas de aconselhamento sobre cessação tabágica.

Num estudo realizado por Fu e outros (2006), verificou-se que cerca de dois terços dos ex-fumadores recentes que recaíam, estavam de novo interessados em voltar a parar de fumar, decorridos cerca de trinta dias após a data da recaída. Destes, 91% gostariam de voltar a receber apoio comportamental e farmacológico por parte do seu médico. Estes resultados mostram que os pacientes esperam que o seu médico os apoie, de modo continuado, ao longo de todo o processo de cessação tabágica.

Conforme referido por Steinberg e outros (2010), “... *each smoker possesses a unique severity of dependence and need for treatment. As with other chronic diseases smoking needs to be treated across a continuum of care ...*”.

Não reconhecer a importância do tabagismo como um problema de saúde crónico, com períodos de remissão seguidos de recidiva, que, devido à gravidade das suas consequências, deve beneficiar de tratamento clínico, ou não reconhecer as expectativas dos pacientes, pode contribuir para que o médico tenha uma actuação menos consistente e continuada neste campo (Soares e Carneiro, 2002; Fiore *et al.*, 2008; Steinberg *et al.*, 2008; 2010).

Da análise das respostas obtidas, verificou-se que 72% dos respondentes concordaram totalmente com a afirmação: “parar de fumar é a opção mais importante que um fumador pode fazer para melhorar a sua saúde” e 77% discordaram totalmente da afirmação: “fumar é um factor de risco pouco importante quando comparado com outros problemas de saúde dos meus pacientes”. Cerca de 71% dos respondentes concordaram totalmente com a afirmação “a dependência do consumo de tabaco deve ser encarada como uma doença crónica com recidivas”.

Apenas 45% dos médicos atribuíram uma importância elevada ao problema do consumo de tabaco, traduzida pela atribuição da pontuação máxima na resposta a estas três perguntas.

Não se encontrou associação, com relevância estatística, entre a importância atribuída à cessação tabágica e o sexo, o grupo etário, o comportamento face ao consumo de tabaco e os anos ou o local de prática de MGF.

A percentagem de médicos que atribuiu uma importância elevada à cessação tabágica aumentou em função do nível de atitudes positivas, passando de 29%, entre o grupo com o nível de atitudes positivas mais baixo, para 70% entre o grupo com o nível de atitudes positivas mais elevado.

Pelo contrário, 68% dos médicos que apresentaram um nível elevado de atitudes negativas face à cessação tabágica atribuíram uma importância moderada ou baixa a esta área de intervenção. Verificou-se que 61% dos médicos que apresentaram um nível de atitudes negativas baixo atribuíram importância elevada à cessação tabágica.

Entre os médicos que atribuíram importância elevada ao consumo de tabaco e à cessação tabágica, 93% referiram tomar a iniciativa de aconselhar. Entre os restantes médicos, 84% deram uma resposta semelhante.

O grupo de médicos que atribuiu uma importância elevada à cessação tabágica apresentou uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar, relativamente aos restantes médicos (*odds ratio* = 2,6; IC a 95%: 1,5; 4,5).

Cerca de 22% dos médicos que atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica, disseram realizar, com grande frequência, uma intervenção motivacional com os seus pacientes em preparação para parar de fumar (“5 Ás”), valor que desceu para 19% entre os restantes médicos, não existindo, no entanto, associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.

Cerca de 17% dos médicos que atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica, disseram realizar, com grande frequência, uma intervenção motivacional com

os seus pacientes fumadores renitentes a parar de fumar (4Rs), apresentando uma maior probabilidade de realizar uma intervenção de aconselhamento com estes pacientes (*odds ratio* = 1,7; IC a 95%: 1,1; 2,7), comparativamente aos restantes médicos:

Aproximadamente 26% dos médicos que atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica, disseram realizar, com grande frequência, uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes face ao abandono do tabaco, apresentando uma maior probabilidade de realizar uma intervenção de aconselhamento com estes pacientes, relativamente aos restantes médicos (*odds ratio* = 2,1; IC a 95%: 1,4; 3,1).

A análise multivariada mostrou que a atribuição de importância à cessação tabágica apenas se revelou uma variável com poder explicativo da probabilidade de realizar uma intervenção motivacional breve com pacientes fumadores ambivalentes (*odds ratio* ajustado = 1,7; IC a 95%: 1,1; 2,8).

Estes resultados, embora tenham confirmado a existência de associação entre o grau de importância atribuído à cessação tabágica e a iniciativa de aconselhar, traduzem alguma inconsistência no que se refere à associação com as práticas de aconselhamento, permitindo concluir que considerar o tabagismo como um problema de saúde crónico, com graves consequências para a saúde não constitui ainda uma posição consensual entre os médicos.

Conforme referido no capítulo introdutório, a prontidão para a mudança de um dado comportamento deriva da conjugação da percepção da importância que lhe é atribuída com a percepção da eficácia pessoal na sua execução. Uma percepção de auto-eficácia elevada, associada à valorização do problema, em termos da percepção da sua gravidade e das possíveis consequências se este não for alterado, apresenta-se associada a uma maior probabilidade de acção (Bandura, 1997; Bandura, 2000; Meredith, 2005; Polak *et al.*, 2008). No presente estudo, verificou-se que apenas 16% do total de respondentes apresentaram um grau de prontidão para o aconselhamento elevado, decorrente de uma expectativa de auto-eficácia e de uma atribuição de importância à cessação tabágica simultaneamente elevadas.

**Hipótese 5 - Considerar que o aconselhamento dos pacientes para a cessação tabágica é uma responsabilidade do médico de MGF está positivamente associado à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento neste domínio.**

Após o trabalho inicial de Russel e colaboradores (1979), que demonstrou que o aconselhamento para a cessação tabágica efectuado pelos médicos de MGF era efectivo, foram publicados numerosos estudos de investigação e meta-análises que corroboraram esta conclusão, fundamentando a divulgação de recomendações de orientação clínica que, de modo consistente, têm enfatizado o papel dos médicos de MGF nesta área de intervenção (Russel *et al.*, 1979; Gorin e Heck, 2004; Zwar e Richmond, 2006; Voght; Hall; Marteau, 2007; Fiore *et al.*, 2008; Nunes *et al.*, 2008).

A quase totalidade dos respondentes (92%) considerou que o aconselhamento para a cessação tabágica dos pacientes é uma tarefa que faz parte das funções do médico especialista em MGF. Estes resultados foram semelhantes aos obtidos num estudo de âmbito nacional nos EUA – 94,3% dos médicos dos CSP consideraram que o aconselhamento para a cessação tabágica constitui uma importante responsabilidade do médico (Tong *et al.*, 2010).

Contudo, quando se analisam as respostas às restantes perguntas incluídas na escala de avaliação do papel do médico de MGF na cessação tabágica, verificou-se um menor grau de concordância.

Aproximadamente 89% dos respondentes manifestaram total desacordo com a afirmação “aconselhar os fumadores a parar de fumar só se justifica quando existem doenças associadas ou agravadas pelo consumo de tabaco” e 88% concordaram totalmente com a importância do aconselhamento dos pacientes em momentos significativos na vida do paciente. Contudo, apenas 76% estiveram totalmente de acordo com a afirmação “devem aproveitar-se todas as oportunidades para aconselhar os pacientes fumadores a parar de fumar”.

Num estudo de avaliação das normas de orientação clínica sobre cessação tabágica, do SNS inglês, efectuado no Reino Unido por McEwen, Akotia e West (2001), verificou-se que o objectivo de aconselhar os pacientes fumadores, sobre o abandono do tabaco, em todas as oportunidades, pode não ser bem acolhido por todos os médicos, tendo apenas 30% dos respondentes concordado com este princípio.

Dado o interesse que a problemática do tabagismo tem vindo a adquirir nos últimos anos, seria de esperar que os médicos mais jovens e com formação em MGF revelassem uma posição mais favorável relativamente ao seu papel no aconselhamento dos pacientes para a cessação tabágica. Não se encontraram, no entanto, no presente estudo, diferenças estatisticamente significativas nas distribuições das respostas em função das variáveis sexo, grupo etário, anos de prática e local de exercício de MGF.

Conforme anteriormente referido, os médicos que referiram fumar atribuíram uma menor importância ao seu papel nesta área.

Entre os médicos que apresentaram um nível elevado de atitudes favoráveis à cessação tabágica, a grande maioria concordou totalmente ser papel do médico de MGF apoiar os pacientes a parar de fumar. Entre os médicos com o nível de atitudes positivas mais baixo, apenas 46% manifestaram uma posição análoga.

Considerar a intervenção na cessação tabágica como uma atribuição do médico de MGF apresentou-se associado a melhores práticas de intervenção.

Assim, entre os médicos que consideraram que a intervenção na cessação tabágica é uma atribuição do médico de MGF, 96% disseram tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes. Apenas 72% dos restantes médicos deram uma resposta semelhante.

Cerca de um quarto dos médicos que manifestaram total concordância com a intervenção do médico de MGF na cessação tabágica, responderam realizar frequentemente uma intervenção breve de acordo com o modelo dos “5 Ás”. Esse valor foi de apenas 13% entre os restantes médicos.

Entre os médicos que atribuíram um papel importante ao médico de MGF no apoio à cessação tabágica, 16% referiram realizar com frequência uma intervenção motivacional breve com pacientes que não querem parar de fumar. Este valor foi de apenas 8% nos restantes médicos.

Entre os médicos que atribuíram um papel importante ao médico de MGF no apoio à cessação tabágica, 25% referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes, de modo frequente. Apenas 10% dos restantes médicos deram uma resposta semelhante.

A análise de regressão logística revelou que os médicos que consideraram que o aconselhamento dos pacientes fumadores é uma responsabilidade do médico de MGF apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar os seus

pacientes (*odds ratio* = 10,0; IC a 95%: 5,5;18,1), relativamente aos restantes médicos. A análise multivariada revelou um resultado semelhante (*odds ratio* ajustado = 6,5; IC a 95%: 3,1;13,4).

Estes médicos apresentaram, também, uma maior probabilidade de realizar uma intervenção breve de aconselhamento com pacientes que querem parar de fumar (*odds ratio* = 2,2; IC a 95%: 1,4; 3,4), com pacientes que não querem abandonar o tabaco (*odds ratio* = 2,2; IC a 95%: 1,2; 3,7), ou com pacientes ambivalentes em relação à cessação tabágica (*odds ratio* = 2,1; IC a 95%: 1,3; 3,5), relativamente aos restantes médicos.

Confirmou-se, assim, a hipótese formulada: assumir que a cessação tabágica é uma responsabilidade do médico de família apresentou-se associado a atitudes e práticas auto-referidas de aconselhamento mais frequentes.

Contudo, estes resultados mostram que, embora a grande maioria dos médicos tenha considerado ser sua atribuição intervir neste domínio, essa intervenção pode, na prática não se revelar tão frequente e continuada como seria desejável.

Por outro lado, considerando que possa ter havido algum grau de desejabilidade social na resposta a estas perguntas, é de admitir que os valores encontrados se encontrem sobreavaliados relativamente à realidade, o que permite antever uma elevada perda de oportunidades de intervenção junto dos pacientes fumadores. Esta perda de oportunidades tem sido amplamente descrita e identificada por outros autores (Doescher e Saver, 2000; Quinn *et al.*, 2005; Stead *et al.*, 2009; Tong *et al.*, 2010).

**Hipótese 6. A percepção de auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica está positivamente associada à expectativa de efectividade e de sucesso, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.**

Os médicos que possuem uma boa percepção quanto à sua capacidade para aconselhar os pacientes fumadores a parar de fumar apresentam, habitualmente, melhores práticas clínicas e taxas de sucesso mais elevadas (Bandura, 1986; 1997b; 2000; Willaing e Ladelund, 2004; Voght; Hall; Marteau, 2007; Borrelli; Lee; Novak, 2008). Pelo contrário, os médicos que consideram não saber como apoiar os pacientes neste processo apresentam uma maior probabilidade de não abordar este assunto por sua iniciativa (Zapka *et al.*, 1999; Cabana *et al.*, 2004).

Formulou-se assim a hipótese de os níveis mais elevados de auto-eficácia no aconselhamento se encontrarem associados a expectativas de efectividade mais elevadas e a melhores práticas de intervenção.

No presente trabalho verificou-se que 174 (27%) médicos se situaram no terço de auto-eficácia mais elevado, 244 (39%) no terço intermédio e 213 (34%) no terço com menor percepção de auto-eficácia.

Analizada a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica, em função dos scores de resposta à escala de auto-eficácia no aconselhamento, verificou-se que 94% dos médicos com o maior nível de auto-eficácia e 82% dos médicos com os scores de auto-eficácia mais baixos referiram tomar a iniciativa de aconselhar.

Os médicos com o nível de auto-eficácia no aconselhamento mais elevado, apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* = 3,3; IC a 95%: 1,7; 6,7) relativamente aos médicos com a percepção de auto-eficácia mais baixa.

A proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção breve (“5 Ás”) de modo frequente aumentou com o nível de auto-eficácia, sendo de 14% no grupo com menor nível de auto-eficácia e de 35% no grupo com maior nível de auto-eficácia.

Os médicos com o nível mais elevado de auto-eficácia no aconselhamento apresentaram uma maior probabilidade de realizar uma intervenção breve (“5 Ás”) de modo frequente (*odds ratio* = 3,4; IC a 95%: 2,0; 5,8), relativamente aos médicos com uma percepção de auto-eficácia mais baixa.



A proporção de médicos que referiu realizar uma intervenção de aconselhamento com os seus pacientes fumadores que não querem parar de fumar, de modo frequente, aumentou igualmente com o nível de auto-eficácia, sendo de 8% no grupo com menor nível de auto-eficácia e de 23% no grupo com o maior nível de auto-eficácia.

Os médicos com o nível de auto-eficácia no aconselhamento mais elevado, apresentaram uma maior probabilidade de aconselhar estes pacientes, de modo frequente, relativamente aos médicos com uma percepção de auto-eficácia mais baixa (*odds ratio* = 3,3; IC a 95%: 1,8; 6,0).

Conforme seria de esperar, a proporção de médicos que referiram realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes relativamente à decisão de parar de fumar, registou um aumento progressivo com o nível de auto-eficácia, sendo de 4% no grupo com menor nível de auto-eficácia e de 41% no grupo com maior nível de auto-eficácia (*odds ratio* = 5,6; IC a 95%: 2,6; 12,2).

A análise multivariada de regressão logística revelou que a percepção de auto-eficácia foi uma das variáveis com maior poder explicativo relativamente às práticas referidas de realização frequente de uma intervenção de aconselhamento breve, com pacientes em qualquer dos estádios de mudança face à cessação tabágica, aumentando a probabilidade de realizar este tipo de intervenção de forma significativa.

Assim, os médicos com o nível de auto-eficácia mais elevado, relativamente à cessação tabágica, apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo, de realizar uma intervenção breve de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás” (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,4; 6,5) ou de aconselhar os pacientes renitentes a parar de fumar (4Rs), de modo frequente (*odds ratio* ajustado = 2,8; IC a 95%: 1,4; 5,7), comparativamente ao grupo de médicos com o nível mais baixo de auto-eficácia.

A probabilidade de realização frequente de uma intervenção motivacional com pacientes ambivalentes, com recurso aos princípios da entrevista motivacional, foi maior entre os médicos com um nível de auto-eficácia mais elevado (*odds ratio* ajustado = 8,8; IC a 95%: 3,8; 19,9) ou com um nível de auto-eficácia moderado (*odds ratio* ajustado = 3,2; IC a 95%: 1,5; 7,4), em relação ao grupo de médicos com o nível de auto-eficácia mais baixo.

Estes resultados são consistentes com o modelo teórico adoptado no presente trabalho e confirmam a hipótese colocada. A percepção de auto-eficácia pessoal no

apoio dos pacientes no processo de cessação tabágica apresentou-se positivamente associada a melhores práticas auto-referidas de aconselhamento.

Todavia, a percepção de auto-eficácia não revelou possuir uma forte influência na decisão do médico de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica, dado não ter sido incluída no modelo ajustado, resultante da análise multivariada de regressão logística, não se confirmando a hipótese colocada. Assim, outras variáveis, designadamente as atitudes negativas, a identificação de barreiras ou a posse de formação, revelaram um maior poder explicativo daquela decisão.

Em concordância com a hipótese formulada, confirmou-se a existência de uma correlação positiva entre a percepção de auto-eficácia e a percepção da efectividade no aconselhamento, ( $R_s = 0,50$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 625$ ).

Assim, 42% dos médicos com uma percepção de eficácia pessoal no aconselhamento elevada situaram a efectividade do seu aconselhamento no nível mais elevado. Contrariamente, apenas 7% dos médicos com uma percepção de auto-eficácia baixa situaram a efectividade do seu aconselhamento num nível elevado.

Conforme já referido na introdução do presente trabalho, num estudo de avaliação da efectividade das consultas de cessação tabágica disponibilizadas pelo SNS inglês, dos 53% de utilizadores abstinentes às quatro semanas, apenas 15% se encontravam abstinentes ao final de um ano (abstinência confirmada através de medição dos níveis de monóxido de carbono no ar expirado) (Raw; McNeill; Coleman, 2005).

De acordo com Fiore *et al.* (2008), o aconselhamento médico permite obter taxas de abstinência, avaliadas aos seis meses, de cerca de 20%. O uso de medicação sem aconselhamento permite obter taxas de abstinência semelhantes (21%). O aconselhamento em conjugação com a medicação pode aumentar essas taxas para cerca de 27%.

Embora não comparáveis, as estimativas de sucesso identificadas no presente trabalho situaram-se dentro de valores próximos dos atrás referidos. Cerca de um terço dos médicos não soube responder a esta questão. Em 442 médicos que responderam, 28% estimaram uma taxa de sucesso entre 5 a 10%. A mediana das respostas situou-se no intervalo entre 10 a 15% de sucesso. Apenas 13% dos médicos indicaram uma estimativa de sucesso do seu aconselhamento traduzido por uma percentagem de abstinentes superior a 30%.

De acordo com a hipótese colocada, confirmou-se a existência de associação entre os *scores* de resposta à escala de auto-eficácia e a expectativa de sucesso no aconselhamento. Entre os médicos com baixo nível de auto-eficácia na cessação tabágica, cerca de metade não soube estimar a percentagem de abstinentes que poderia ser obtida se todos os fumadores observados durante um ano na consulta fossem aconselhados a parar de fumar. Mais de metade dos respondentes que denotaram um nível de auto-eficácia baixo estimou uma taxa de sucesso do seu aconselhamento inferior ou igual a 10%. No grupo que expressou possuir um nível de auto-eficácia elevado, mais de metade estimou uma taxa de sucesso superior a 15%.

Estes resultados parecem confirmar, conforme referido por José Nunes (2007), que "...a convicção do médico, ... relativamente à sua eficácia como agente terapêutico é imprescindível. A convicção do médico é determinante nos resultados terapêuticos, porque, em última instância induz nos pacientes a crença de que o tratamento ou as medidas aconselhadas resultam."

**Hipótese 7. Não identificar barreiras ao aconselhamento está positivamente associado à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento sobre cessação tabágica.**

A identificação de barreiras ao aconselhamento relativamente à cessação tabágica tem-se revelado associada a práticas de intervenção menos consistentes e continuadas (Hulscher *et al.*, 1997; Cornuz *et al.*, 2000; Cranney *et al.*, 2001; Gotlieb *et al.*, 2001; Twardella e Brenner, 2005).

Num estudo de revisão efectuado por Voght, Hall e Marteau (2005), a falta de tempo foi mencionada por 42% dos médicos, a percepção de que o aconselhamento não é efectivo por 38% e a falta de confiança na sua capacidade para aconselhar por 22%. Outras barreiras descritas na literatura são o excesso de trabalho, a falta de formação, a falta de recursos, o relativo insucesso do aconselhamento, o receio de prejudicar a relação com os pacientes, a ausência de orientações clínicas, a falta de interesse por parte dos pacientes e a ausência de retribuição financeira (Hulscher, 1997; Cornuz *et al.*, 2000; Cranney *et al.*, 2001; Gotlieb *et al.*, 2001; Twardella e Brenner, 2005; Voght; Hall; Marteau, 2005; Pollak *et al.*, 2008; Fiore *et al.*, 2004; Smith *et al.*, 2009; Association of American Medical Colleges, 2007; Tong *et al.*, 2010).

Verificou-se, no presente trabalho, que cerca de metade dos médicos identificou barreiras à sua actuação nesta área.

A falta de tempo foi o obstáculo ao aconselhamento dos pacientes sobre cessação tabágica mais citado, com cerca de um terço de respostas, seguido da falta de formação específica (31%), da falta de equipa de apoio (21%) e da falta de interesse dos pacientes em discutirem este assunto (15%). Estes resultados estão em consonância com o descrito na literatura, que mostra serem estas as barreiras ao aconselhamento mais frequentemente referidas pelos médicos de MGF, em particular a “falta de tempo para a prevenção” (Yarnall *et al.*, 2003; Brotons *et al.*; 2005; Pinto; Corte-Real; Nunes, 2010).

Pinto, Corte-Real e Nunes (2010), num artigo sobre actividades preventivas no âmbito da consulta de MGF, concluíram que “ ... a realização das actividades preventivas e o cumprimento de indicadores de desempenho exigem um dispêndio considerável de tempo e poderão limitar o tempo disponível para o médico de família cuidar de pessoas doentes.”

Num estudo sobre as práticas de aconselhamento, Jaén e outros (1998) verificaram a existência de diferenças em função do motivo da consulta, concluindo que a “incidência” do aconselhamento sobre cessação tabágica acontecia em cerca de 22% das consultas por motivo de doença, em especial perante situações de doenças associadas ao tabaco, e de 55% das visitas por motivos de vigilância da saúde. Em ambos os tipos de consultas a duração do aconselhamento era, em média, de um a dois minutos.

Yawn e outros (2003) mostraram que as actividades de educação para a saúde em diversas áreas podem ocupar cerca de 20% do tempo de consulta dos médicos de família.

Segundo Pollak e outros (2008), os médicos de família, apesar da escassez de tempo, investem em muitas actividades preventivas, algumas das quais com menor evidência de custo-efectividade do que o aconselhamento sobre cessação tabágica. Este aconselhamento, quando é realizado, ocupa, em média, apenas 1,2 % a 1,3% do tempo de consulta, ou seja, menos de três minutos, o que corresponde a uma “intervenção mínima” de aconselhamento, de acordo com o proposto por Fiore e outros (2008).

Segundo Fiore *et al.* (2008), existe uma relação dose-resposta entre as taxas de abstinência tabágica e o tempo de aconselhamento por consulta, o tempo total de aconselhamento efectuado em várias consultas e o número total de consultas de apoio à cessação tabágica, por paciente. A realização de pelo menos quatro consultas de apoio intensivo à cessação tabágica e um tempo total de aconselhamento acumulado, de cerca de noventa minutos, estão associados a taxas de abstinência mais elevadas. Tempos médios de aconselhamento por consulta superiores a dez minutos permitem obter maiores taxas de abstinência, mas, mesmo uma intervenção mínima, com duração inferior a três minutos, permite obter um aumento destas taxas (Fiore *et al.*, 2008).

Numa meta-análise de 43 estudos foi encontrada uma taxa de abstinência, aos seis meses, de 10,9% em pacientes fumadores que não tiveram contacto com um profissional de saúde. Esta taxa aumentou para 13,4% (IC a 95%: 10,9; 16,1) após um tempo de contacto inferior a três minutos; para 16,0% (IC a 95%: 12,8; 19,2) após um contacto de três a dez minutos; e para uma taxa de 22,1% (IC a 95%: 19,4; 24,7) após um contacto superior a dez minutos (Fiore *et al.*, 2008).

No presente trabalho, dos 507 médicos que indicaram o tempo que dedicam à intervenção breve, 63% referiram consumir entre três a dez minutos e apenas 13%, mais de dez minutos. Os restantes 24% disseram realizar uma intervenção mínima inferior a três minutos.

Não identificar a falta de tempo como uma barreira ao aconselhamento apresentou-se associado à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.

Assim, entre os médicos que não identificaram a falta de tempo como barreira à sua intervenção nesta área, 91% responderam tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes, 23% efectuar, com frequência, uma intervenção breve (“5 Ás”) e 26% efectuar uma intervenção de aconselhamento motivacional com pacientes ambivalentes. Entre os médicos que identificaram a falta de tempo como barreira à sua intervenção nesta área, foram encontrados valores inferiores: 80% responderam tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes, 15% efectuar, com frequência, uma intervenção breve (“5 Ás”) e 11% uma intervenção de aconselhamento motivacional com pacientes ambivalentes relativamente à mudança.

Parece assim confirmar-se que a não identificação da falta de tempo como barreira ao aconselhamento se associa a melhores práticas de intervenção auto-referidas.

Entre os médicos que identificaram barreiras relacionadas com aspectos de natureza organizacional – falta de tempo, falta de equipa de apoio, falta de orientações técnicas claras, ausência de indicadores de avaliação desta actividade ou falta de incentivos financeiros –, 20% referiram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre cessação tabágica, enquanto que apenas 7% dos médicos que não identificaram este tipo de barreiras assumiram não ter essa iniciativa.

A análise multivariada revelou que os médicos que não identificaram barreiras organizacionais apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas nos respectivos modelos, de referir tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* ajustado = 2,1; IC a 95%: 1,1; 4,0), de realizar com frequência uma intervenção breve segundo o modelo dos “5 Ás” (*odds ratio* ajustado = 1,8; IC a 95%: 1,1; 2,9) ou de realizar com frequência uma intervenção motivacional com pacientes ambivalentes (*odds ratio* ajustado = 2,0; IC a 95%: 1,2; 3,3), relativamente aos médicos que identificaram este tipo de barreira.

A falta de formação específica foi a segunda barreira mais citada pelos respondentes. Entre os médicos que identificaram barreiras relacionadas com a falta de formação, 78% afirmaram tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco, 9% referiram realizar, com frequência, uma intervenção breve (5 Ás); 11% uma intervenção de aconselhamento com pacientes renitentes à mudança (4 Rs) e 12% uma intervenção motivacional com os seus pacientes fumadores ambivalentes.

Entre os médicos que não identificaram a falta de formação como barreira à sua intervenção nesta área, foram encontrados valores superiores: 91% dos médicos responderam tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes, 26% efectuar, com frequência, uma intervenção breve ("5 Ás") e 25% uma intervenção de aconselhamento motivacional com pacientes ambivalentes relativamente à mudança.

Não foi encontrada associação, com significado estatístico, entre a identificação deste tipo de barreira e o aconselhamento de pacientes renitentes ao abandono do tabaco.

Os médicos que não identificaram a falta de formação como barreira ao aconselhamento apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* = 3,3; IC a 95%: 1,9; 5,6), de aconselhar os seus pacientes segundo o modelo dos "5 Ás", (*odds ratio* = 3,3; IC a 95%: 1,5; 3,6), ou de aconselhar os seus pacientes ambivalentes, (*odds ratio* = 2,3; IC a 95%: 1,4; 3,9), relativamente aos médicos que não identificaram este tipo de barreira ao aconselhamento.

As barreiras atitudinais têm sido identificadas, por diversos autores, como um importante factor explicativo das baixas taxas de aconselhamento, frequentemente encontradas nesta área (O'Loughlin *et al.*, 2001; Voght; Hall; Marteau, 2005).

As atitudes negativas face à cessação tabágica, nomeadamente considerar que o aconselhamento é ineficaz e uma perda de tempo, que os pacientes não querem parar de fumar ou não gostam de ser aconselhados, bem como o receio de perturbar a relação com o paciente, podem contribuir para que o médico não tome a iniciativa de aconselhar. Pelo contrário, possuir atitudes favoráveis à cessação tabágica, designadamente considerar que fumar é um problema de saúde importante, que vale a pena intervir, que os pacientes gostam de ser aconselhados ou sentir o aconselhamento como gratificante, parecem constituir factores predisponentes da intervenção (Borrelli; Lee; Novak, 2008).

Conforme anteriormente discutido, a propósito da hipótese 3, a análise multivariada de regressão logística revelou que os médicos com o nível mais baixo de atitudes negativas apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes ou de realizar uma intervenção breve de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás”, em comparação com o grupo de médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas. Não foram encontradas, todavia, associações estatisticamente significativas em função das atitudes positivas.

Segundo alguns autores, o receio de prejudicar a relação com o paciente pode constituir uma barreira importante ao aconselhamento (Stott e Pill, 1990; Coleman; Murphy; Cheater, 2000; Young e Ward, 2001; Solberg *et al.*, 2001).

Segundo Barzilai e outros (2001) e Solberg e outros (2001), o aconselhamento dos pacientes fumadores pode contribuir para aumentar a satisfação com a consulta, se for adoptado um processo de comunicação assente numa procura de entendimento comum.

Quinn e outros (2005), num estudo de avaliação da adopção do aconselhamento breve segundo o modelo dos “5 Ás”, efectuado em utilizadores de nove Health Maintenance Organizations, verificaram que os fumadores que tinham sido aconselhados se mostravam mais satisfeitos com os cuidados recebidos, independentemente de quererem parar ou de terem pedido apoio nesse sentido.

Alguns estudos têm mostrado, no entanto, que alguns pacientes rejeitam discutir este assunto com o seu médico, em particular os mais idosos ou com menor grau de literacia, o que exigirá maiores aptidões de comunicação na consulta, por parte do médico (Street e Epstein, 2008; Ulbricht *et al.*, 2011).

Segundo McEwen, West, e Preston, (2006) o receio de prejudicar a relação com o paciente constitui uma variável preditiva do aconselhamento sobre cessação tabágica.

Na presente investigação, apenas 3% dos respondentes identificaram o processo de comunicação na consulta e o receio de perturbar negativamente a relação médico-paciente como uma barreira ao aconselhamento. Destes, mais de metade referiram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco.

É de notar, porém, que apenas 31% dos médicos manifestou uma atitude de concordância total com a afirmação “os pacientes apreciam que o seu médico de família os aconselhe a parar de fumar”.



A análise multivariada revelou que os médicos que não identificaram barreiras relativas ao processo de comunicação médico-paciente apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis introduzidas no modelo, de tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre cessação tabágica (*odds ratio* ajustado = 6,7; IC a 95%: 2,0; 23,1), relativamente aos médicos que identificaram este tipo de barreira.

As barreiras relacionadas com a percepção das dificuldades inerentes ao processo de mudança comportamental, designadamente a elevada taxa de recaídas, a falta de interesse dos pacientes para discutirem o assunto e a elevada taxa de insucesso do aconselhamento, constituem outro tipo de obstáculo ao aconselhamento, frequentemente descrito na literatura (Cornuz *et al.*, 2000; Berlin, 2008).

Um estudo efectuado pela Association of American Medical Colleges (2007) revelou que 59% dos médicos de MGF consideraram a falta de motivação dos pacientes como a principal barreira à sua intervenção nesta área. Walter e outros (2010), tendo por base um estudo qualitativo, com médicos de família, obtiveram um resultado semelhante: a falta de motivação dos pacientes foi a barreira ao aconselhamento mais identificada.

No presente trabalho 15% dos médicos identificaram a falta de interesse dos pacientes para discutirem este assunto, 6% a elevada taxa de insucesso e 5% a elevada taxa de recaídas, como barreiras à sua intervenção nesta área. Destes, 24% referiram não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco.

Estes resultados permitem confirmar a hipótese colocada. A não identificação de barreiras ao aconselhamento apresentou-se associada a melhores práticas de intervenção auto-referidas. Pelo contrário, a identificação de barreiras relativas aos aspectos organizacionais ou à carência de formação nesta área apresentou-se associada às práticas referidas de intervenção, sendo de ter em conta, quer no plano formativo, quer no plano da organização da prestação de cuidados.

Vários autores têm analisado e proposto formas de incentivar o aconselhamento para a cessação tabágica por parte dos médicos.

Destas medidas, sublinham-se a formação dos médicos de MGF, a formação dos estudantes de Medicina, a disponibilização de normas de orientação clínica, o apoio à implementação dessas normas, a definição de circuitos de referência dos pacientes para apoio intensivo e a adopção de modificações organizacionais, como

seja a implementação de um sistema identificativo dos pacientes fumadores, a disponibilização gratuita de terapêuticas farmacológicas ou a remuneração específica desta actividade (Ewen; West; Preston, 2006; Zwar e Richmond, 2006; Fiore; Keller; Curry, 2007; Berlin, 2008; Leong *et al.*, 2008).

No presente trabalho, mais de metade dos respondentes identificou a realização de formação teórica ou prática e a possibilidade de trabalhar em equipa com outros profissionais como principais incentivos a uma maior intervenção neste domínio.

Perante estes resultados, para além do reforço da formação profissional, o desafio parece consistir em encontrar as soluções organizativas que permitam facilitar e incentivar a adopção de melhores práticas clínicas nesta área (Ockene, 1999, Keller, Fiore; Curry, 2005; Solberg *et al.*, 2006; Berlin, 2008).

Nesse sentido, a fim de ultrapassar a barreira “falta de tempo”, alguns autores propõem o treino dos médicos no uso de abordagens motivacionais efectivas e breves, passíveis de serem utilizadas dentro do tempo disponível de consulta (Emmons e Rollnick, 2001; Cleland; Thomas; Pinnock, 2004; Berlin, 2008).

Complementarmente, o recurso a sistemas organizativos de apoio à consulta, como por exemplo uma ficha clínica informatizada que facilite o registo de informação ou que relembre o médico que o paciente é fumador, ou que parou recentemente de fumar, poderá ser um modo simples de reforçar esta actividade. O trabalho em equipa multidisciplinar, com partilha da realização de algumas tarefas, constitui outra das vias, complementar das anteriores, de facilitar este processo (Ockene, 1999, Sciamanna *et al.*, 2004; Conroy *et al.*, 2005b; Meyer e Achumann, 2006; Zwar e Richmond, 2006; Fiore; Keller; Curry, 2007; Green *et al.*, 2008).

A remuneração específica do trabalho na área da cessação tabágica foi referida por 25% dos respondentes como um possível estímulo à sua intervenção nesta área. Embora alguns autores, como Fiore, Keller e Curry (2007), tenham sugerido o pagamento específico desta actividade, como um potencial incentivo à sua realização por parte dos Médicos de MGF, a experiência do SNS Inglês parece mostrar que os estímulos financeiros para a realização das intervenções breves na área da cessação tabágica podem não constituir a solução mais adequada (Coleman *et al.*, 2001; Coleman, 2010).

O princípio da contratualização de indicadores, em torno de actividades preventivas, pode colidir com os princípios de uma prática centrada no paciente, pode induzir decisões médicas em função do cumprimento de objectivos, sem relevância

específica para determinados pacientes, pode levar a que determinadas tarefas, se não existir dotação orçamental, deixem de ser feitas e pode suscitar problemas éticos, se o “ímpeto preventivo” se sobrepuser ao direito ao consentimento informado (Getz; Sigurdsson; Hetlevik, 2003; Roski *et al.*, 2003; Adams e White, 2005; Gervas *et al.*, 2009; Gervas; Starfield; Heath, 2009; Boyce *et al.*, 2010).

Por outro lado, tendo presentes os princípios da motivação propostos por Ryan e Deci, o financiamento específico desta actividade, como uma função adicional e não como uma função essencial, pode diminuir a motivação intrínseca para a sua realização, se as correspondentes consequências remuneratórias deixarem de se fazer sentir.

Uma avaliação da experiência de contratualização de actividades na área da saúde, no âmbito do SNS inglês, efectuada por Campbell e outros (2009), mostrou que o pagamento dos médicos em função do cumprimento de indicadores melhorou os resultados no controlo das doenças incluídas no esquema de contratualização. Porém, conforme concluíram estes autores:

*“ ... the initial acceleration in the underlying rate of quality improvement after the introduction of pay for performance was not sustained. If the aim of pay for performance is to give providers incentives to attain targets, the scheme achieved that aim. There may have been unintended consequences, including reductions in the quality of some aspects of care not linked to incentives and in the continuity of care... ”*

No mesmo sentido, na área da cessação tabágica, a experiência tem mostrado a dificuldade de definir os incentivos que poderão conduzir às melhores práticas profissionais. Conforme afirmado por Coleman (2010):

*“... financial incentives undoubtedly influence GPs’ activities, however, those aimed at encouraging GPs’ delivery of health promotion counselling may not always have the effects intended. There is strong, observational evidence that targets and incentives intended to increase smoking cessation counselling by GPs have merely increased their propensity to record this activity in patients’ medical records.”*

Neste contexto, e considerando que no nosso País está a ser adoptado um modelo semelhante ao já aplicado pelo SNS inglês, assente na contratualização de indicadores de desempenho (Santos e Ribeiro, 2009; Pinto; Corte-Real; Nunes, 2010), seria importante investigar o impacte deste tipo de estratégia na motivação dos médicos para actuações mais consistentes e continuadas no domínio da cessação tabágica, bem como no processo de decisão clínica, no tipo de comunicação na consulta e nos resultados finais traduzidos pelas taxas de abandono do consumo de tabaco por parte dos pacientes.

**Hipótese 8. A probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica é influenciada pelo método clínico, pelo papel atribuído ao médico de MGF, pelas atitudes, pela expectativa de efectividade e pela não identificação de barreiras ao aconselhamento.**

Segundo alguns autores, o sucesso do aconselhamento médico no abandono do tabaco é maior em pacientes com sintomatologia ou com doenças agravadas pelo consumo de tabaco, relativamente ao encontrado em pacientes sem sintomatologia ou que se sentem saudáveis (Rose, 1985; Ockene e Zapka, 1997).

Por outro lado, muitos médicos não tomam a iniciativa de aconselhar os seus pacientes a parar de fumar, a não ser que existam sintomas ou sinais associados ao consumo de tabaco, que legitimem a sua intervenção numa perspectiva biomédica (Rose, 1985; Eckert e Junker, 2001; O'Loughlin, *et al.*, 2001; Wynn *et al.*, 2002; Pollack *et al.*, 2008; Boyce *et al.*, 2010).

Quinn e outros (2005) verificaram que o tratamento do tabagismo era mais frequente em pacientes que expressavam um pedido de apoio e/ou tinham a intenção de parar.

Na presente investigação, verificou-se que 88% dos médicos declararam ter a iniciativa de aconselhar os seus pacientes fumadores, independentemente da presença de sinais ou sintomas de doenças associadas ao consumo de tabaco ou de o paciente expressar um pedido de apoio.

Foi encontrada uma maior proporção de médicos que referiram ter esta iniciativa entre os mais jovens e com menos de dez anos de prática clínica de MGF. Não se encontraram diferenças, estatisticamente significativas, em função do sexo.

Conforme anteriormente referido, o consumo de tabaco entre os médicos apresentou-se associado à iniciativa de aconselhar, verificando-se que os médicos que referiram fumar apresentaram uma proporção que assumiu não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes fumadores bastante superior (23%) à encontrada entre os médicos que disseram nunca ter fumado (10%).

Os médicos que nunca fumaram ou que deixaram de fumar apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar, do que os médicos que referiram ser fumadores (*odds ratio* = 2,8; IC a 95%: 1,6; 4,8; *odds ratio* = 2,3; IC a 95%: 1,1; 4,6). De acordo com a hipótese formulada, confirmou-se a existência de associação entre a adopção do método clínico centrado no paciente e a decisão de

tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica, constatando-se que os médicos moderadamente centrados ou muito centrados nos pacientes apresentaram uma maior probabilidade de aconselhar, relativamente aos médicos menos centrados nos pacientes (*odds ratio* = 2,3; IC a 95%: 1,3; 4,2; *odds ratio* = 1,9; IC a 95%: 1,1; 3,4).

Os médicos mais centrados nos pacientes na vertente *caring* apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar do que os médicos menos centrados (*odds ratio* = 2,1; IC a 95%: 1,2; 3,7).

Possuir um grau elevado, ou moderado, de atitudes positivas apresentou-se associado a uma maior probabilidade de aconselhar (*odds ratio* = 5,3; IC a 95%: 2,6; 10,6; *odds ratio* = 3,1; IC a 95%: 1,6; 5,7).

A fim de identificar as variáveis com maior poder explicativo da iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica efectuou-se uma análise de regressão logística binária. Foi obtido um modelo ajustado que incluiu como variáveis com maior influência nesta iniciativa: o papel atribuído ao médico de MGF na cessação tabágica, o grau de adopção do Programa-tipo de actuação clínica nesta área, a posse de formação prática em cessação tabágica, os anos de prática de MGF, o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica e a identificação de barreiras organizacionais ou associadas ao processo de comunicação na consulta.

Confirmou-se que não identificar barreiras ao aconselhamento relacionadas com a comunicação com o paciente aumentou a probabilidade de aconselhar, ajustada para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo, (*odds ratio* ajustado = 6,7; IC a 95%: 2,0; 23,1) relativamente aos médicos que identificaram este tipo de obstáculo.

Os médicos que consideraram que o aconselhamento dos pacientes sobre cessação tabágica é uma atribuição do médico de MGF apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo, de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* ajustado = 6,5; IC a 95%: 3,1; 13,4) do que a encontrada entre os restantes médicos.

Os médicos que referiram seguir habitualmente o Programa-tipo de actuação em cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* ajustado = 5,4; IC a 95%: 1,6; 18,3) em comparação com os médicos que responderam não seguir este Programa.

Não identificar barreiras organizacionais apresentou-se associado a uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* ajustado = 2,1; IC a 95%: 1,1; 4,0), relativamente a quem identificou este tipo de barreira ao aconselhamento.

Os médicos que referiram possuir formação prática em cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de aconselhar (*odds ratio* ajustado = 3,9; IC a 95%: 1,6; 9,6) relativamente aos médicos sem este tipo de formação.

Os médicos com menos de dez anos de prática de MGF evidenciaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no modelo, superior à dos médicos com mais de 30 anos de prática, de tomarem a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre tabaco (*odds ratio* ajustado = 2,9; IC a 95%: 1,4; 11,3).

Os médicos com o nível de atitudes negativas mais baixo, ou com um nível moderado de atitudes negativas, apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis introduzidas no modelo, de tomar a iniciativa de aconselhar (*odds ratio* ajustado respectivamente de 2,7; IC a 95%: 1,1; 6,8 e 2,2; IC a 95%: 1,1; 4,5), do que a encontrada entre os médicos com o nível de atitudes negativas mais elevado.

Seria de esperar que possuir atitudes positivas face à cessação tabágica preponderasse relativamente a outras variáveis. Porém, não ter atitudes negativas parece ter uma maior influência sobre a decisão de introduzir o tema da cessação tabágica no contexto da consulta.

Os médicos que responderam tomar a iniciativa de aconselhar apresentaram um *score* mediano de expectativa de efectividade mais elevado (mediana = 5,0), do que os médicos que responderam não tomar a iniciativa de aconselhar (mediana = 4,0), bem como uma maior probabilidade de aconselhar, do que os médicos com uma baixa percepção de efectividade (*odds ratio* = 2,2; IC a 95%: 1,2; 3,9).

Embora alguns médicos que responderam ter a iniciativa de aconselhar, possam na realidade ter uma actuação menos consistente do que a declarada, os resultados observados ilustram a influência que as atitudes e expectativas podem exercer sobre as decisões comportamentais, devendo por isso ser tidas em conta nas abordagens que visem incentivar a actuação dos médicos de MGF neste domínio.

**Hipótese 9. A probabilidade de realização frequente de uma intervenção breve (“5 Ás”) com fumadores que pretendem parar de fumar aumenta em função da percepção de auto-eficácia, da expectativa de efectividade e da não identificação de barreiras ao aconselhamento.**

A recomendação de que “todos os médicos devem aconselhar os seus pacientes fumadores a parar de fumar, dado que esse aconselhamento aumenta as taxas de abstinência” foi classificada com “força de evidência A” no contexto das linhas de orientação clínica usadas nos EUA para a promoção da cessação tabágica (Fiore, 2000; 2008). A mesma recomendação foi também proposta, no nosso país, no contexto da primeira Norma de Orientação Clínica em Cessação Tabágica difundida, em 2002, pelo Instituto da Qualidade em Saúde (Soares e Carneiro, 2002) e revista, em 2008, pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (Reis *et al.*, 2008). A DGS adoptou igualmente esta recomendação no âmbito do Programa-tipo de actuação em cessação tabágica (Portugal.MS.DGS, 2007; Nunes *et al.*, 2008).

O estudo EUROPREV, realizado em amostras de médicos de família europeus, mostrou que 86% dos médicos concordaram que todos os pacientes fumadores devem ser aconselhados a parar e que 61% aconselham sempre os seus pacientes fumadores nesse sentido (Brotons *et al.*, 2005).

Num estudo efectuado em médicos e pacientes, a cessação tabágica foi abordada em 78% das consultas com pacientes fumadores. Em 49% das vezes o médico aconselhou a parar e em 61% avaliou a motivação do paciente em parar de fumar (Lawson; Flocke; Casucci, 2009).

Quinn e outros (2005), num estudo de avaliação efectuado em utilizadores de nove Health Maintenance Organizations, verificaram que 90% dos fumadores observados no último ano foram interrogados relativamente ao seu consumo de tabaco, 71% foram aconselhados a parar, 56% foram avaliados quanto à sua motivação para parar, 49% receberam apoio e 9% foram acompanhados de acordo com um plano de seguimento.

Uma investigação promovida pela Association of American Medical Colleges, em 2007, revelou que 84% inquiriam os seus pacientes sobre consumo de tabaco e 86% aconselhavam a parar, de modo frequente. No entanto, apenas 68% propunham o uso de medicação, 24% forneciam materiais informativos, 17% discutiam um plano de seguimento e 13% encaminhavam para um serviço de apoio intensivo.



No presente trabalho, 82% dos respondentes referiram abordar a questão do consumo de tabaco com os seus pacientes “sempre, quase sempre” ou “muitas vezes”.

Como actuação mais frequente, com um paciente adulto em fase de preparação para parar, 85% dos médicos referiram aconselhar a parar de fumar. Contudo, as proporções de médicos que mencionaram realizar de modo frequente outras tarefas de apoio à cessação tabágica, com pacientes em preparação para parar de fumar, conforme preconizado no protocolo dos “5 Ás”, foram bastante inferiores. De notar que 37% dos médicos disseram não propor um plano de consultas de seguimento, 30% não propor frequentemente um dia para parar (dia D) e 50% não propor fármacos, que estariam indicados no caso clínico apresentado no questionário (homem adulto, sem patologia, consumo diário de quinze cigarros).

Verificou-se que apenas 21% dos médicos disseram realizar de modo frequente todas as cinco componentes de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás” - Abordar, Aconselhar, Avaliar, Apoiar e Acompanhar.

Estas respostas, embora traduzam algum grau de investimento dos respondentes, parecem evidenciar alguma inconsistência na abordagem deste problema, ficando aquém do encontrado na revisão de literatura.

Num estudo de âmbito nacional, recentemente realizado nos EUA (Tong *et al.*, 2010), verificou-se que, relativamente aos médicos dos cuidados de saúde primários, a cessação tabágica foi abordada em 98% das consultas com pacientes fumadores, o aconselhamento em 95%, a avaliação da motivação para parar de fumar em 85%, a marcação de uma data para parar (dia D) em 64%, o encaminhamento para consulta de apoio intensivo em 47%, a proposta de medicação em 67%, a cedência de materiais informativos em 55% e a marcação de uma consulta de seguimento em 23% (Tong *et al.*, 2010). Estes autores observaram que conhecer as linhas de orientação clínica do serviço de saúde pública americano para a cessação tabágica, ter formação neste domínio e considerar que esta intervenção faz parte das atribuições do médico de família apresentou-se positivamente associado à realização auto-referida de uma intervenção breve de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás”. Por outro lado, foi encontrada uma associação negativa com o facto de o médico fumar, identificar barreiras relacionadas com a comunicação com o paciente e considerar que o aconselhamento não é uma intervenção médica apropriada.

No presente estudo concluiu-se que 30% dos médicos que disseram não proceder ao aconselhamento dos pacientes como actuação mais frequente referiram

prescrever fármacos. Este contexto pode traduzir-se por uma perda de efectividade da intervenção, dado ser reconhecido que o apoio farmacológico tem maior efectividade se for acompanhado por uma abordagem de aconselhamento comportamental (Fiore *et al*, 2008; Nunes *et al*, 2008). Situação semelhante foi identificada por Wilson e outros (2006). Estes autores num estudo efectuado no Reino Unido, em pacientes a quem tinham sido prescritos fármacos para a cessação tabágica, concluíram que, em 65% dos casos, a prescrição tinha sido feita a pedido dos próprios pacientes e não por aconselhamento médico. A prescrição por sugestão do médico foi referida em apenas 12% dos casos (Wilson *et al*, 2006).

A fim de avaliar quais as variáveis com maior poder explicativo da probabilidade de realizar uma intervenção breve, integrando as cinco componentes (“5Ás”), de modo frequente, efectuou-se uma análise de regressão logística binária, com inclusão de todas as variáveis independentes com pertinência teórica. Foi obtido um modelo ajustado que incluiu como variáveis mais influentes na realização daquela tarefa: o nível de atitudes negativas face à cessação tabágica; a percepção de auto-eficácia; o consumo de tabaco; o grau de adopção do programa-tipo de cessação tabágica e a não identificação de barreiras organizacionais ao aconselhamento.

Os médicos com o nível de atitudes negativas mais baixo apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis introduzidas no modelo, de realizar uma intervenção breve integrando as cinco componentes dos “5 Ás” (*odds ratio* ajustado = 2,8; IC a 95%: 1,4; 5,7), à encontrada entre os médicos com o nível de atitudes negativas mais elevado.

Os médicos com o nível de auto-eficácia mais elevado, relativamente à cessação tabágica, apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no modelo, de realizar com frequência uma intervenção breve de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás” (*odds ratio* ajustado = 2,6; IC a 95%: 1,3; 5,3).

Entre os médicos que nunca fumaram foi encontrada uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no modelo, de realizar, com muita frequência, uma intervenção breve integrando as cinco vertentes dos “5 Ás”, à dos médicos que referiram ser fumadores, (*odds ratio* ajustado = 2,6; IC a 95% = 1,1; 5,7).

Os médicos que referiram seguir “habitualmente” o Programa-tipo de actuação em cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de realizar, com muita frequência, uma intervenção breve integrando as cinco vertentes dos “5 Ás” (*odds ratio*

ajustado = 2,3; IC a 95%: 1,3; 4,3) em comparação com os médicos que responderam não seguir este Programa.

Confirmou-se que a não identificação de barreiras organizacionais se apresentou associada a uma maior probabilidade de realizar, com muita frequência, uma intervenção breve integrando as cinco vertentes dos “5Ás, relativamente a quem identificou este tipo de obstáculo (*odds ratio* ajustado = 1,8; IC = 1,1; 2,9).

Seria de esperar que a posse de formação pudesse assumir uma maior expressão explicativa da realização frequente e integral das componentes preconizadas para a intervenção breve. Contudo o facto de este tipo de intervenção, com pacientes muito motivados e que pedem ajuda, ser relativamente simples, pode explicar o facto de a posse de formação não ter sido identificada como variável explicativa.

Estes resultados permitem confirmar a hipótese colocada, encontrando-se em consonância com os modelos teóricos adoptados e com os resultados recentemente obtidos por outros autores (Tong *et al.*, 2010).

**Hipótese 10. A probabilidade de realização frequente de uma intervenção motivacional com pacientes fumadores não motivados aumenta em função da percepção de auto-eficácia, da expectativa de efectividade e da não identificação de barreiras ao aconselhamento.**

Num estudo efectuado por MacIntosh e Coleman (2006), concluiu-se que cerca de 16% dos pacientes fumadores atendidos nas consultas dos médicos de MGF no SNS, no Reino Unido, apresentavam renitência à ideia de parar de fumar. Estes pacientes apresentavam, habitualmente, um elevado grau de dependência e uma baixa motivação, pertencendo frequentemente aos grupos sociais economicamente mais carenciados. A existência de co-morbilidade era também comum. Estes autores sublinharam a dificuldade sentida por grande parte dos médicos na abordagem da questão do consumo de tabaco com estes pacientes.

Zwar, Richmond e Harris (2008), num estudo efectuado em 1069 pacientes de médicos de MGF, em Sydney, verificaram que a prevalência de fumadores era de 35%, bastante superior à da população em geral (17%). Destes pacientes, 67% dos que se encontravam em preparação para parar de fumar, 53% dos que se encontravam em contemplação (ambivalentes) e apenas 16% dos que se encontravam em pré-contemplação (não querem parar de fumar) mostraram vontade de discutir a cessação tabágica com o médico de MGF.

Conforme referido por Coleman, Cheater e Murphy (2004), tendo por base um estudo qualitativo, os médicos de MGF possuem, de um modo geral, um pequeno reportório de técnicas de aconselhamento dos pacientes fumadores, em particular dos que declaram não querer parar de fumar ou dos que já fizeram várias tentativas anteriores, seguidas de recaída.

O aconselhamento sobre cessação tabágica com este tipo de pacientes pode ser uma tarefa complexa e de sucesso difícil. Informar acerca dos riscos não é suficiente, a maioria das vezes, para provocar qualquer mudança de comportamento. O uso de um estilo directivo, tendo por base perguntas fechadas que dão pouca oportunidade ao paciente de falar sobre a sua forma de ver o assunto, é, no mínimo, não efectivo, podendo prejudicar o relacionamento e a satisfação com a consulta. Nestas circunstâncias, muitos médicos referem não se sentir confortáveis com a tarefa de persuadir os pacientes fumadores que não expressam vontade de parar de fumar, optando por não tomar a iniciativa de abordar a questão, a menos que surjam sinais

de doença associada, a fim de evitarem eventuais situações de confronto com os pacientes (Stott e Pill, 1990; Gordon, 2002; Pilnick e Coleman, 2003; Rollnick *et al.*, 2005; Santos, 2009; Abildsnes *et al.*, 2010).

Porém, dado que estes pacientes não tomarão a iniciativa de pedir ajuda ou de tentar parar de fumar sem apoio, dado que não o desejam, a discussão deste assunto por iniciativa do médico constitui uma importante oportunidade, por vezes a única, de os levar a pensar na importância dessa opção.

Conforme sublinhado por Lindner e outros (2003) *“in those patients who have not internalised a need for change, an immediate focus on goals for change may not be the optimal approach.”*

Esta tarefa requer que o médico domine algumas técnicas de entrevista motivacional, necessariamente breves, de modo a poderem ser utilizadas no tempo disponível de consulta, sem prejudicar a relação com o paciente (Gordon, 2002; Coleman; Cheater; Murphy, 2004; Litt, 2002; 2005; Rollnick, 2000; Rollnick *et al.*, 2005; Fiore *et al.*, 2008).

Por outro lado, o tabagismo deve ser encarado como um problema de saúde crónico, com períodos de remissão, conforme preconizado na generalidade das recomendações para a actuação clínica nesta área (Fiore *et al.*, 2008; Nunes *et al.*, 2008).

Num estudo efectuado por Ellerbeck e outros (2009), concluiu-se que tratar o tabagismo como um problema de saúde crónico, semelhante à hipertensão, contribuiu para a obtenção de taxas de abstinência, sustentadas a longo prazo, de 23 a 28%. Com esta abordagem, fumadores que admitiram não querer parar no início do estudo fizeram pelo menos uma tentativa assistida por terapêutica farmacológica, num período de dois anos de seguimento (Ellerbeck *et al.*, 2009).

Neste contexto é importante que o médico solicite ao paciente que verbalize as suas percepções quanto à relevância, riscos, recompensas e resistências associados a uma eventual opção de mudança. Numa perspectiva de “cronicidade” da dependência tabágica, esta abordagem deve ser repetida, sempre que possível, em todos os contactos com o paciente fumador, de acordo com o modelo dos “5Rs” (Miller e Rollnick, 1991; Fiore *et al.*, 2008; Ravara, 2004; Portugal. MS. DGS, 2007; Reis *et al.*, 2008).

Contudo, conforme referido por Jaén e outros (2001), a elevada prevalência de doentes com co-morbilidade e os múltiplos procedimentos burocráticos a que o médico

de MGF está sujeito conduzem, frequentemente, à competição de tarefas e à não selecção do tabagismo como um problema prioritário a abordar na consulta, em particular com este tipo de fumadores.

Avaliada a intervenção com pacientes que não desejam parar de fumar – estágio de pré-contemplação – verificou-se que apenas 13% dos médicos referiram efectuar uma intervenção de aconselhamento de acordo com o modelo dos “4Rs” – “Relevância, Riscos, Recompensas e Resistências” –, de modo frequente, e, por outro lado, não prescreveram medicação farmacológica, dado não estar indicada neste estágio de mudança.

Na presente investigação observou-se que, embora 81% dos respondentes tenham mencionado aconselhar os pacientes que não querem parar de fumar, de modo frequente, a proporção que assumiu executar as restantes tarefas previstas no modelo dos “5Rs” foi bastante inferior: mostraram disponibilidade para apoiar – 72%; disseram avaliar a relevância do consumo de tabaco 54%, os riscos 42% e as recompensas ou benefícios associados à cessação tabágica e os obstáculos ou resistências a parar de fumar 47%. Quanto à repetição destas quatro tarefas (5.º “R”), verificou-se que concordaram totalmente com a afirmação “devem aproveitar-se todas as oportunidades de contacto com os pacientes fumadores para os aconselhar a parar de fumar”, apenas 76% dos médicos.

De facto, pode ser difícil realizar este tipo de aconselhamento, com este tipo de fumadores, em todas as consultas, podendo ser mais apropriado escolher selectivamente os melhores momentos para abordar esta questão, ao longo do ciclo de vida do paciente.

Young e Ward (2001) observaram, num estudo com 311 médicos de família, que apenas 34% responderam aconselhar os seus pacientes fumadores em todas as consultas, de acordo com as orientações do Colégio Australiano de Médicos de Medicina Geral e Familiar. Atendendo aos constrangimentos presentes na consulta, estes médicos assumiram ser possível discutir o abandono de tabaco em apenas 57% das consultas de rotina com os seus pacientes fumadores, embora considerassem que esse aconselhamento apenas acontecia, na realidade, em menos de metade (46%) dessas consultas.

Embora neste estágio do processo de mudança a prescrição farmacológica não esteja indicada na generalidade dos pacientes, 9% dos médicos referiram prescrever medicação farmacológica “sempre ou quase sempre” e “às vezes” 18%. Se o paciente

não estiver motivado, a medicação só por si não será suficiente para provocar uma mudança com sucesso sustentável a longo prazo, podendo criar desmotivação relativamente ao seu uso em tentativas futuras (Fiore *et al.*, 2008).

Não foi encontrada associação entre a realização deste tipo de intervenção e o sexo, o consumo de tabaco, os anos de prática, o local de exercício, a posse do Internato da Especialidade de MGF ou a posse de formação em cessação tabágica. Foi observada a existência de associação entre a atribuição de importância à cessação tabágica, considerar que o aconselhamento para a cessação tabágica deve ser uma responsabilidade do médico de família, ter um nível de atitudes positivas elevado, um nível de atitudes negativas baixo, possuir uma percepção de auto-eficácia elevada, uma expectativa de efectividade moderada ou elevada e seguir habitualmente o Programa-tipo de cessação tabágica da DGS e as práticas de aconselhamento auto-referidas, relativamente aos pacientes que declaram não querer parar de fumar.

Efectuada uma análise de regressão logística binária, com introdução de todas as variáveis com pertinência teórica, foi obtido um modelo ajustado que incluiu as variáveis “ter uma percepção de auto-eficácia no aconselhamento elevada” e “seguir o Programa-tipo de cessação tabágica da DGS” como aquelas que apresentaram maior influência na realização frequente de uma intervenção motivacional com pacientes renitentes relativamente ao abandono do tabaco. Embora as variáveis possuir formação teórica e método clínico centrado no paciente também tenham entrado no modelo, os *odds ratios* obtidos não foram significativos, dado integrarem o valor 1 nos respectivos intervalos de confiança (95%).

De acordo com o modelo de regressão obtido, os médicos com o nível de auto-eficácia mais elevado apresentaram uma probabilidade superior, ajustada para as restantes variáveis incluídas no modelo, de realizar uma intervenção motivacional breve (4Rs) de modo frequente (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,4; 6,5) comparativamente ao grupo de médicos com o nível mais baixo de auto-eficácia.

Os médicos que referiram adoptar habitualmente a norma de orientação clínica preconizada pela DGS apresentaram uma maior probabilidade de realizar este tipo de intervenção (*odds ratio* ajustado = 2,8; IC a 95%: 1,39; 5,7) relativamente à encontrada entre os médicos que responderam não adoptar este Programa.

A baixa percentagem de médicos que disseram aconselhar, com frequência, os fumadores não motivados a parar de fumar (13%), com recurso a uma abordagem

motivacional breve, pode decorrer da maior dificuldade em introduzir este tema no contexto da consulta, dada a falta de interesse dos pacientes em mudar o seu comportamento. O facto de a percepção de auto-eficácia e a adopção de normas de boas práticas clínicas surgirem como as principais variáveis influentes na decisão clínica de aconselhar estes fumadores, parece confirmar a necessidade de o médico dominar algumas técnicas de aconselhamento e se sentir preparado para a sua aplicação. O investimento, não só na preparação dos médicos para intervirem nesta área, mas também na divulgação e adopção de normas de boas práticas neste domínio parece, assim, constituir uma estratégia necessária para reforçar este eixo de intervenção.



**Hipótese 11. A probabilidade de realizar uma intervenção motivacional com fumadores ambivalentes aumenta em função da percepção de auto-eficácia, da expectativa de efectividade e da não identificação de barreiras ao aconselhamento.**

A motivação necessária para começar a questionar um comportamento é diferente da requerida para alcançar a sua modificação, sendo igualmente diferente da exigida para a sua manutenção, ou seja, embora de modo distinto, a motivação é necessária ao longo de todo o processo de mudança, até à estabilização de um novo comportamento (Miller e Rollnick, 1991; Ferreira-Borges e Filho, 2004; Santos, 2006; Santos, 2009).

O médico de MGF encontra-se numa posição privilegiada para acompanhar o processo de cessação tabágica dos pacientes, ao longo do seu ciclo de vida, podendo adoptar diferentes tipos de aconselhamento e de apoio em função dos estádios de mudança em que estes se encontram (Emmons e Rollnick 2001; Rebelo, 2004(a); Santos, 2006; Fiore *et al.*, 2008).

Conforme proposto pelas normas de orientação clínica nacionais e internacionais neste âmbito, a designada “entrevista motivacional” consiste numa técnica de aconselhamento, assente nos princípios da abordagem centrada no paciente, que se tem revelado útil na abordagem dos pacientes ambivalentes relativamente à mudança de comportamentos relacionados com a saúde (Miller e Rollnick, 1991; Rollnick, 2000; Rollnick *et al.*, 2005).

Rubak e outros (2005) concluíram, num estudo de meta-análise, que a entrevista motivacional pode ser efectiva em consultas breves de apenas quinze minutos e que a realização de mais do que uma consulta aumenta a probabilidade de sucesso.

A resolução da ambivalência, geralmente presente em qualquer processo de decisão planeada, constitui uma etapa crucial no processo de mudança. Mediante uma abordagem centrada na pessoa, fazendo uso de técnicas de comunicação adequadas, o médico de MGF pode ser muito efectivo no apoio ao paciente ambivalente, ajudando-o a sair dessa fase e a progredir para o estágio seguinte (Miller e Rollnick, 1991; Rollnick; Butler; Stott, 1997; Rollnick; Heather, Bell, 1992; Gordon, 2002). Dessas técnicas, o uso de perguntas abertas, a escuta reflexiva, o estímulo à verbalização por parte do paciente da sua intenção de mudança (falas de mudança) e os reforços e incentivos positivos constituem estratégias comunicacionais que se têm

revelado úteis para melhorar o processo de comunicação com os pacientes (Miller e Rollnick, 1991; Gordon, 2002; Santos, 2006; Fiore *et al.*, 2008; Santos, 2009).

Este método de comunicação com o paciente poderá ser adoptado na prática diária do médico de família, podendo ser útil relativamente à mudança de outros comportamentos relacionados com a saúde. Requer, no entanto, treino e formação específicos, no sentido da sua incorporação no contexto da consulta. Vários especialistas de MGF portugueses (Rebelo, 2004; Sá e Santos, 2006, Santos, 2006; Hespanhol e Santos, 2009) apresentaram propostas de organização das respostas aos pacientes, no apoio à mudança de comportamentos de risco, assentes em pressupostos motivacionais, mostrando ser possível conseguir esse objectivo.

Verificou-se que 123 médicos (20%) referiram efectuar uma intervenção de aconselhamento, tendo por base os princípios da entrevista motivacional, “muitas vezes” ou “sempre ou quase sempre”.

Responderam realizar com frequência algumas das tarefas específicas desta abordagem, designadamente aconselhar – 88%; afirmações positivas – 73%; avaliar importância – 66%; avaliar os obstáculos – 55%; falas de mudança – 52%; benefícios – 53%; suscitar discrepâncias – 47%; plano de mudança – 48%; perguntas abertas – 46%; avaliar auto-eficácia – 45%; encaminhamento para consulta de apoio intensivo – 37%; prescrição farmacológica – 28%.

No presente estudo, embora a proporção de médicos que referiu realizar frequentemente uma abordagem motivacional com os seus pacientes ambivalentes fosse superior entre os médicos mais centrados nos pacientes (25%) relativamente à encontrada entre os restantes médicos (aproximadamente 17%), não foi encontrada associação, com relevância estatística ( $p = 0,09$ ), entre as duas variáveis, não se confirmando a hipótese colocada.

Este resultado não seria de esperar, na medida em que a abordagem motivacional é por definição centrada na pessoa (Miller e Rollnick, 1991). O facto de o instrumento de recolha de informação poder não ter medido da melhor forma o que se pretendia medir (validade interna), aliado a algum grau de desejabilidade social nas respostas relativas às práticas de aconselhamento poderão ajudar a explicar este resultado.

A fim de identificar as variáveis com maior poder explicativo sobre a decisão de realizar frequentemente este tipo de aconselhamento, procedeu-se a uma análise de regressão logística binária com introdução de todas as variáveis com pertinência

teórica. Foi obtido um modelo ajustado que identificou, como variáveis com maior influência na probabilidade do aconselhamento de pacientes fumadores ambivalentes, a percepção de auto-eficácia, a percepção da efectividade do aconselhamento, o grau de importância atribuído ao tabagismo e a não identificação de barreiras organizacionais.

Os médicos com maior nível de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 8,8; IC a 95%: 3,8; 19,9), de realizar uma intervenção motivacional com os seus pacientes ambivalentes, relativamente à encontrada entre os médicos com menor nível de auto-eficácia. Os médicos com um nível moderado de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade (*odds ratio* ajustado = 3,3; IC a 95%: 1,4; 7,4) de realizar este tipo de intervenção.

Possuir uma expectativa elevada quanto à efectividade do aconselhamento apresentou-se associado a um aumento da probabilidade de aconselhar os pacientes ambivalentes (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,6; 6,0), relativamente aos médicos que apresentaram uma expectativa de efectividade mais baixa. Possuir uma expectativa moderada de efectividade (*odds ratio* ajustado = 2,1; IC a 95%: 1,1; 3,9).

A não identificação de barreiras organizacionais surgiu também como variável influente na decisão de aconselhar este tipo de fumadores (*odds ratio* ajustado = 2,0; IC a 95%: 1,2; 3,3).

Por último, atribuir importância elevada à cessação tabágica apresentou-se, igualmente, associado a um aumento da probabilidade de aconselhar os pacientes ambivalentes (*odds ratio* ajustado = 1,7; IC a 95%: 1,1; 2,8) comparativamente com os médicos que atribuíram uma importância baixa.

Estes resultados permitem concluir ser necessário investir mais na formação médica teórica e prática neste domínio e na criação de condições organizacionais que facilitem este tipo de abordagem.

**Hipótese 12. Realizar consulta de apoio intensivo está positivamente associado à percepção de auto-eficácia, à percepção de efectividade do aconselhamento, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.**

O Programa-tipo de actuação em Cessação tabágica da DGS preconiza que todos os médicos e restantes profissionais de saúde identifiquem os pacientes fumadores e realizem intervenções breves, segundo o modelo dos “5 Ás”, de modo oportunístico, com pacientes que querem parar de fumar ou abordagens motivacionais breves com pacientes não motivados ou ambivalentes relativamente à mudança.

Os casos mais complexos devem ser acompanhados em consultas de apoio intensivo, a executar em local e horários específicos. O médico deve contar com o apoio de outros profissionais e possuir um nível de formação que o habilite a responder às situações de maior complexidade referenciadas para a consulta (Rebelo, 2004a; 2004b; Macintosh e Coleman, 2006).

Embora as abordagens de aconselhamento breve possam ser adoptadas de modo oportunístico no contexto da consulta de MGF, dispor da possibilidade de encaminhar para uma consulta de cessação tabágica pode libertar o médico para a realização de outras tarefas e permitir que o paciente receba um apoio mais intensivo e continuado.

Todavia, um estudo efectuado no Reino Unido revelou que alguns pacientes não apreciam ser referenciados para outro médico, ou para outro tipo de consulta, preferindo ter o apoio do seu médico de família no processo de cessação tabágica (Wilson *et al.*, 2010).

De acordo com dados publicados pela DGS (2009), existiam no País aproximadamente 200 consultas de cessação tabágica. No presente trabalho, os 47 médicos que referiram realizar esta consulta a nível do SNS correspondem a cerca de 20% do total de médicos que asseguravam esta consulta, a nível dos Centros de Saúde, em 2009 (Portugal. MS. DGS, 2010).

Dado o reduzido número de médicos nestas circunstâncias não foi possível proceder à confirmação da presente hipótese.

De notar, no entanto, que um terço dos respondentes mencionou não possuir qualquer formação específica em tabagismo e que apenas cerca de 33% terão tido formação com mais de 35 horas. Este facto pode ajudar a explicar alguma inconsistência das respostas referentes às atitudes e percepções, aquém do que seria

de esperar num grupo de médicos que deveria deter grande formação e treino neste domínio.

Embora não representativos do total de médicos que realizam a consulta de apoio intensivo, estes resultados fazem ressaltar a carência formativa identificada por alguns destes profissionais, devido à especificidade técnica desta actividade e ao grau elevado de expectativas quanto aos seus resultados por parte dos pacientes e dos respectivos órgãos de gestão.

Não obstante, esta eventual carência, conforme seria de supor, a grande maioria dos médicos que assumiu realizar esta consulta denotou uma boa percepção de auto-eficácia e, mais de metade, uma percepção de efectividade elevada.

Os médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo apresentaram um nível de auto-eficácia no aconselhamento superior ao dos restantes médicos. Assim, 79% dos médicos que referiram realizar consulta de apoio intensivo, 46% dos que já a realizaram no passado e 21% dos que nunca a realizaram, situaram-se no grupo de médicos com o nível de auto-eficácia mais elevado.

Nenhum médico, que referiu realizar esta consulta, se situou no nível de auto-eficácia mais baixo. Pelo contrário, 97% dos médicos que nunca realizaram esta consulta situaram-se no grupo com menor nível de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica dos seus pacientes fumadores. Estes resultados reforçam a importância da experiência pessoal na aquisição de uma boa percepção de auto-eficácia no desempenho de uma dada tarefa.

No que se refere à decisão clínica de referenciar os pacientes em processo de cessação tabágica para uma consulta deste tipo, um estudo realizado no Reino Unido (Wilson *et al.*, 2010) revelou que os Médicos de MGF adoptavam três tipos de estratégias: aconselhavam e acompanhavam o processo de cessação tabágica directamente na sua consulta de MGF, aconselhavam, medicavam e só depois encaminhavam o paciente para seguimento num serviço especializado, ou enviavam directamente para este tipo de serviço, sem realização prévia de aconselhamento ou medicação. Estas diversas opções poderão ter implicações nas taxas de sucesso da cessação tabágica, dado que o encaminhamento pode levar à desistência do processo por parte de alguns pacientes que esperariam poder continuar a ser apoiados pelo seu médico de MGF.

Os resultados obtidos no presente estudo parecem indiciar alguma heterogeneidade, entre os respondentes, quanto à decisão de referenciar os pacientes

fumadores para este tipo de consulta. Na verdade, assumir a referenciação pode significar que o médico valoriza o problema, mas considera não deter as competências ou a disponibilidade de tempo necessárias para o efeito, ou, por outro lado, que esse apoio não cabe ao médico de MGF, sendo por isso de orientar o paciente para uma consulta especializada.

Verificou-se que cerca de 34% dos médicos concordaram totalmente com o encaminhamento dos pacientes que pedem apoio para parar, enquanto que cerca de 20% discordou dessa opção. Por outro lado 15% dos médicos perante o caso apresentado de um paciente adulto que pede ajuda para parar responderam encaminhar para a sua própria consulta e 47% responderam encaminhar para um serviço de apoio intensivo efectuado por outro médico.

**Hipótese 13. Adoptar normas de orientação clínica em cessação tabágica está associado às atitudes, à percepção de auto-eficácia, à percepção de efectividade, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.**

Segundo diversos autores, a adopção de normas de orientação clínica, baseadas na evidência, pode contribuir para favorecer a efectividade das intervenções, permitindo obter ganhos em eficiência e qualidade (Cabana *et al.*, 1999; Young e Ward, 2001; Farquhar; Kofa; Slutsky, 2002; Grol e Grimshaw, 2003; Carlsen; Glenton; Pope, 2007; Carey; Buchan; Sanson-Fisher, 2009).

De acordo com as linhas directrizes para a implementação do artigo 14.º da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, da OMS, relativo à promoção da cessação tabágica, aprovadas em Novembro de 2010, o *“brief advice should be implemented as an essential part of standard practice and its implementation should be monitored regularly”* (WHO, 2010).

Conforme anteriormente referido, no nosso País, a primeira norma de orientação clínica em cessação tabágica foi difundida, em 2002, pelo então Instituto da Qualidade em Saúde (Soares e Carneiro, 2002). A DGS, em Dezembro de 2007, tendo como referência esta Norma, emitiu um Programa-tipo de actuação em cessação tabágica, com o objectivo de estruturar a realização das actividades dos serviços de saúde neste âmbito (Portugal. MS. DGS, 2007; Nunes *et al.*, 2008). Este Programa foi difundido a nível dos serviços de saúde, em particular junto dos médicos de MGF, encontrando-se disponível em versão electrónica.

Apesar desta alargada difusão, no presente trabalho, cerca de um quarto dos médicos respondeu não conhecer este Programa. Destes, aproximadamente 90% disseram trabalhar num serviço integrado no SNS. Apenas 30% dos médicos responderam seguir “habitualmente” este Programa e 28% segui-lo “às vezes”.

A baixa adopção das normas de orientação clínica tem sido documentada por diversos autores (Ockene e Zapka, 2010). Um estudo efectuado por Tong e outros nos EUA (2010) mostrou que somente 40% dos médicos dos cuidados de saúde primários conheciam as normas de orientação clínica emanadas pelo *US Public Health Service*. Este estudo revelou, igualmente, que a adopção das normas de orientação clínica difundidas pelo Serviço de Saúde Pública americano se encontrava associada a

melhores práticas de aconselhamento, traduzidas pela realização frequente de múltiplas componentes da intervenção breve (“5 Ás”).

Vários factores explicativos têm sido apontados para a não adesão às normas de orientação clínica. Desses factores, um dos mais citados decorre da convicção de que as normas são documentos teóricos, sem aplicação no dia-a-dia da consulta (Cranney *et al.*, 2001; Young e Ward, 2001; Carlsen e Norheim, 2007; Carlsen; Glenton; Pope, 2008). A competição entre múltiplas tarefas a realizar, no tempo disponível de consulta, face à presença de comorbilidade em grande parte dos pacientes, pode constituir outro importante obstáculo (Ockene e Zapka, 2000; Meredith *et al.*, 2005).

Por outro lado, conforme referido por Young e Ward (2001) a disseminação passiva de normas de orientação clínica pode não ser suficiente para alterar as práticas dos profissionais. Uma abordagem multicomponentes, assente em diferentes estratégias, parece ser necessária para alterar o comportamento dos médicos nesta área. A adopção de abordagens especificamente adaptadas ao contexto de trabalho, que eliminem ou controlem as barreiras identificadas e facilitem a implementação das orientações em causa, bem como a melhoria da formação dos profissionais, podem apresentar os melhores resultados.

Os médicos que referem seguir normas de orientação clínica podem revelar-se melhor informados e mais motivados para adoptarem boas práticas profissionais. Nesse sentido seria de esperar que os médicos que assumiram seguir o Programa-tipo de Cessação Tabágica apresentassem atitudes percepções e práticas de aconselhamento auto-referidas mais favoráveis à intervenção nesta área.

Num estudo efectuado por Schnoll e outros (2006) concluiu-se que as médicas, os médicos mais jovens e os médicos com maior confiança na sua capacidade para aconselhar apresentavam uma maior probabilidade de adoptar normas de boas práticas de cessação tabágica.

Verificou-se não existir associação, estatisticamente significativa, entre a adopção deste Programa e o sexo. O grupo etário mais jovem e com menos de dez anos de prática apresentou uma maior proporção de médicos que assumiram seguir este Programa habitualmente. Não se encontrou associação, estatisticamente significativa, entre a adopção deste Programa e a posse do Internato da especialidade de MGF. Mais de 70% dos médicos com formação teórica ou prática em cessação tabágica disseram adoptar, habitualmente, este Programa como referência para o seu trabalho nesta área.



O grupo de médicos que referiu adoptar habitualmente o Programa-tipo revelou-se mais centrado nos pacientes do que os médicos que responderam não o seguir, em particular na vertente respeitante à partilha de poder e informação com os pacientes.

Este resultado vem de encontro ao esperado, tendo em conta que os princípios subjacentes a este Programa assentam, precisamente, numa abordagem motivacional, centrada no paciente.

Um dos princípios subjacentes a este Programa assenta na avaliação e registo sistemáticos dos hábitos de consumo de tabaco dos pacientes. No presente trabalho verificou-se que apenas 47% dos médicos disseram registar sempre ou quase sempre os hábitos tabágicos dos pacientes adultos observados, o que sugere uma perda significativa de oportunidades de identificar e aconselhar os pacientes fumadores (Simões, 2009). Entre os médicos que disseram seguir o Programa-tipo, 55% responderam registar “sempre ou quase sempre” esta informação.

De notar que a tendência para sub-registar este tipo de informação tem sido identificada por diversos autores. Szatkowski e outros (2010), num estudo efectuado no Reino Unido, observaram que 27% dos novos utentes não apresentavam registo dos seus hábitos tabágicos na respectiva ficha clínica, o que evidencia a desvalorização atribuída a este problema por parte de muitos médicos.

Constatou-se que cerca de metade dos respondentes que disseram seguir o Programa-tipo habitualmente revelaram um nível elevado de atitudes positivas e um nível baixo de atitudes negativas, tendo atribuído uma importância elevada à cessação tabágica. Este resultado, à luz do conceito de balanço decisional anteriormente descrito no âmbito do modelo transteórico de mudança, traduz uma forte propensão para a actuação nesta área.

A fim de confirmar a presente hipótese procedeu-se a uma análise de regressão logística binária com introdução de todas as variáveis com pertinência teórica explicativa. Foi obtido um modelo ajustado que identificou, como variáveis com maior influência na probabilidade de adopção “habitual” do Programa-tipo de Cessação Tabágica da DGS, a realização de consulta de apoio intensivo, a percepção de auto-eficácia, o grupo etário, o método clínico na vertente sharing, a percepção da efectividade do aconselhamento, o grau de importância atribuído ao papel do médico nesta área e a não identificação de barreiras organizacionais.

Os médicos que disseram realizar consulta de cessação tabágica de apoio intensivo apresentaram uma maior probabilidade de adoptar habitualmente o

Programa-tipo relativamente aos médicos que disseram não realizar esta consulta (*odds ratio* ajustado = 9,0; IC a 95%: 3,1; 26,2).

Os médicos com o nível de auto-eficácia no apoio à cessação tabágica mais elevado apresentaram uma maior probabilidade de adoptar habitualmente o Programa-tipo, relativamente aos médicos com menor nível de auto-eficácia (*odds ratio* ajustado = 3,9; IC a 95%: 1,8; 8,2).

Os médicos com idade entre os 35 e os 44 anos apresentaram uma maior probabilidade de adoptar habitualmente o Programa-tipo, relativamente à encontrada entre os médicos com mais de 55 anos (*odds ratio* ajustado = 3,4; IC a 95%: 1,5; 7,7). Os médicos mais jovens (25-34 anos) apresentaram uma maior probabilidade de adoptar habitualmente o Programa-tipo do que os médicos com mais de 55 anos (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,6; 6,0).

Os médicos com o nível mais elevado de disponibilidade para partilhar poder e informação com o paciente apresentaram uma maior probabilidade de adoptar habitualmente o Programa-tipo, do que a encontrada entre os médicos que demonstraram uma menor disponibilidade (*odds ratio* ajustado = 3,2; IC a 95%: 1,8; 5,6). Os médicos com um nível moderado de disponibilidade para partilhar poder com o paciente apresentaram igualmente uma maior probabilidade de adoptar habitualmente este Programa, do que os médicos com menor disponibilidade (*odds ratio* ajustado = 2,5; IC a 95%: 1,3; 4,8).

Possuir uma expectativa elevada quanto à efectividade do aconselhamento apresentou-se associado a uma maior probabilidade de adoptar habitualmente este Programa, relativamente aos médicos que apresentaram uma expectativa de efectividade mais baixa (*odds ratio* ajustado = 2,3; IC a 95%: 1,2; 4,5).

Considerar que apoiar os pacientes a parar de fumar é uma função do médico de MGF apresentou-se associado a uma maior probabilidade de adoptar habitualmente o Programa-tipo do que a encontrada entre os médicos que não concordaram com essa atribuição (*odds ratio* ajustado = 2,0; IC a 95%: 1,2; 3,5).

Por último, a não identificação de barreiras organizacionais surgiu também como variável influente na decisão de adoptar habitualmente o Programa-tipo, relativamente aos médicos que não identificaram esta barreira ao aconselhamento, (*odds ratio* ajustado = 1,7; IC a 95%: 1,03; 2,7).

Estes resultados parecem demonstrar que, perante a grande carência de formação pré e pós-graduada em cessação tabágica identificada no presente estudo,

o Programa-tipo de actuação em cessação tabágica poderá constituir um elemento de orientação importante, em particular para os médicos mais jovens e com menos experiência clínica. O facto de os médicos mais centrados nos pacientes, na vertente da partilha de poder e informação, apresentarem uma maior probabilidade de seguir este Programa parece confirmar a importância que a vertente comunicacional assume nas abordagens comportamentais e a influência que as normas de orientação clínica poderão ter na melhoria das práticas dos profissionais.

**Hipótese 14. Possuir formação em MGF e em cessação tabágica está associado às atitudes, à percepção de auto-eficácia, à expectativa de efectividade do aconselhamento, à iniciativa de aconselhar e às práticas auto-referidas de aconselhamento.**

Vários autores observaram a existência de uma relação dose-resposta entre o tempo de formação em cessação tabágica e a actividade dos médicos neste âmbito (Twardella e Brenner, 2005; Tong *et al.*, 2010).

A inclusão, na formação inicial pré-graduada, de um programa formativo sobre intervenção na cessação tabágica centrada no paciente contribuiu para a aquisição, por parte dos alunos, de atitudes mais favoráveis à compreensão holística dos fenómenos de doença e à valorização das mudanças comportamentais na saúde dos pacientes, não só relativamente ao consumo de tabaco, mas também a outros comportamentos relacionados com a saúde (Brown *et al.*, 2004; Leong *et al.*, 2008).

Hartmann e outros (2004), num estudo de *follow-up*, verificaram que os efeitos da realização de uma acção de formação intensiva em cessação tabágica, durante a realização do Internato de especialidade, se atenuava com o tempo, sendo insuficiente para alterar as práticas de aconselhamento dos médicos a longo prazo. Porém, ter experiência de adopção de boas práticas de aconselhamento durante a realização desse Internato, duplicava a possibilidade de os médicos continuarem a aconselhar os seus pacientes no futuro. O contexto de trabalho dos médicos, designadamente a posse de materiais de ajuda, do apoio de outros profissionais e a possibilidade de referenciar para uma consulta de apoio intensivo contribuía para reforçar este tipo de intervenção, constituindo uma variável independente, favorável à adopção de boas práticas de intervenção.

Conforme referido no capítulo introdutório, as atitudes formam-se e modificam-se ao longo do tempo, sendo reconhecida a importância, nesse processo, da informação de que se dispõe, recolhida directamente a partir da experiência ou indirectamente através da interacção social. A formação profissional constitui uma via importante de aquisição ou modificação do conhecimento, das crenças e das atitudes relativamente a um dado assunto ou problema, sendo assim de esperar que a posse de formação em MGF e em cessação tabágica se encontre associada a um nível baixo de atitudes negativas e a um nível elevado de atitudes favoráveis à actuação nesta área (Lima, 1996; Williams *et al.*, 2003; Anderson e Jane-Llopis, 2004; Borrelli; Lee; Novak, 2008).

No presente trabalho foi encontrada associação entre as atitudes dos médicos face à intervenção na cessação tabágica, a expectativa de sucesso e as práticas auto-referidas de aconselhamento, sendo por esse facto importante compreender se a formação, quer em MGF, quer no domínio específico da cessação tabágica, se encontra associada a atitudes mais favoráveis nesta área.

A posse do Internato da Especialidade de MGF apresentou-se associada a um nível de atitudes negativas face à cessação tabágica mais baixo. Cerca de 28% dos médicos com o Internato e 41% sem este Internato posicionaram-se no nível de atitudes negativas mais elevado. No que se refere às atitudes positivas, não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, em função da posse deste Internato.

Confirmou-se que possuir formação específica em cessação tabágica se revelou associado às atitudes neste campo, quer positivas, quer negativas.

Assim, foi encontrada associação entre a posse de formação teórica em cessação tabágica e o nível de atitudes favoráveis à intervenção nesta área ( $R_s = 0,13$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 623$ ). A proporção de médicos com um nível de atitudes positivas elevado passou de 29%, entre os médicos sem formação teórica, para 54% no grupo de médicos com mais de 35 horas de formação teórica.

No que se refere às atitudes negativas, foi encontrada uma correlação negativa entre ambas as variáveis ( $R_s = -0,21$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 630$ ). Os médicos sem formação específica em cessação tabágica apresentaram os níveis mais elevados de atitudes negativas face a esta área, verificando-se que 40% dos médicos que disseram não ter formação teórica e 34% dos que disseram não ter formação prática sobre este tema, apresentaram o nível mais elevado de atitudes negativas.

Entre os médicos, com formação teórica em cessação tabágica, mais de 40% denotaram um nível de atitudes negativas baixo. Dos médicos com formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas, 60% apresentaram o nível mais baixo de atitudes negativas.

Ainda que os resultados obtidos tenham confirmado a hipótese colocada, seria de esperar que os médicos que referiram possuir formação prática em cessação tabágica revelassem níveis mais elevados de atitudes positivas e níveis mais baixos de atitudes negativas face a esta matéria.

Na verdade, cerca de um quinto dos médicos com mais de 35 horas de formação em cessação tabágica apresentou um nível baixo de atitudes positivas, ou um nível

elevado de atitudes negativas face a este assunto. Uma das explicações para este facto poderá decorrer da desadequação dos modelos formativos adoptados, outra, das limitações da própria formação, perante factores com maior influência na formação de atitudes nesta área, como seja a eventual dificuldade em lidar com este problema no dia-a-dia da consulta ou o comportamento pessoal dos próprios médicos face ao consumo de tabaco.

Possuir formação em cessação tabágica parece contribuir para aumentar o grau de importância atribuído ao consumo de tabaco, enquanto problema de saúde, verificando-se que, aproximadamente 60% dos médicos com formação teórica em cessação tabágica superior a 35 horas o consideraram de importância elevada. Não se encontrou, todavia, associação, com relevância estatística, entre a posse do Internato da especialidade de MGF e a importância atribuída a este problema.

Tendo presente o enquadramento teórico, a convicção quanto à capacidade de realizar uma dada tarefa – auto-eficácia – resulta de quatro fontes de influência: conhecimentos, realizações e experiências pessoais, observação da concretização dessa tarefa por outras pessoas, estímulos de persuasão verbal e respostas emocionais associadas à tentativa ou à ideia da sua execução. A formação teórica e o treino prático têm sido apontados como uma das principais estratégias para reforçar a expectativa de auto-eficácia no campo da cessação tabágica (Bandura, 2001; Cabana *et al*, 2004; Sussman *et al.*, 2006; Borrelli; Lee; Novak, 2008; Spanou *et al.*, 2010).

Verificou-se, no presente estudo, que a proporção de médicos que denotaram um nível de auto-eficácia elevado na aconselhamento para a cessação tabágica foi mais elevada no sexo masculino e aumentou em função da idade, passando de 18% nos médicos com menos de 35 anos para 36% nos médicos com 55 ou mais anos. Aumentou igualmente com os anos de prática clínica de MGF: Os respondentes com mais de vinte anos de prática apresentaram níveis de auto-eficácia mais elevados do que os restantes médicos. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa em função do local de prática de MGF.

Estes resultados são consistentes com o princípio de que a percepção de auto-eficácia decorre da experiência pessoal, sendo por isso mais elevada nos médicos mais velhos e com mais anos de prática clínica.

Contrariamente ao que seria de esperar, não foi encontrada associação entre a realização do Internato da especialidade de MGF e os níveis de auto-eficácia no

aconselhamento de apoio à cessação tabágica, o que poderá traduzir alguma falta de investimento formativo nesta área durante a realização deste Internato.

De acordo com o esperado, tendo por base a revisão de literatura, os *scores* de auto-eficácia aumentaram progressivamente em função do número de horas de formação em cessação tabágica. Assim, dos médicos que referiram possuir formação teórica superior a 35 horas, 73% apresentaram *scores* de auto-eficácia elevados. Dos médicos sem esta formação, apenas 16% evidenciou o mesmo nível de auto-eficácia.

No grupo de médicos que referiram possuir formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas, 82% apresentaram os *scores* de auto-eficácia mais elevados. Este valor desceu para 22% entre os médicos sem esta formação.

Analizadas as variáveis que influenciam mais fortemente a possibilidade de uma percepção de auto-eficácia elevada, com recurso à regressão logística binária, foram identificadas as seguintes: ter mais de 45 anos, ter formação prática em cessação tabágica acima de 35 horas, ter formação teórica superior a 7 horas e  $\leq 35$  horas ou superior a 35 horas e seguir habitualmente normas de boas práticas em cessação tabágica. Realizar consulta de apoio intensivo à cessação tabágica e possuir o Internato da especialidade foram identificadas neste modelo, embora os respectivos intervalos de confiança tenham incluído o valor 1.

De notar que os médicos com formação prática superior a 35 horas apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo, de possuir uma percepção de auto-eficácia elevada (*odds ratio* ajustado = 5,1; IC a 95%: 1,3; 20,8), relativamente aos médicos sem formação prática. Possuir formação teórica superior a 7 e  $\leq 35$  horas apresentou-se associado a uma maior probabilidade de possuir uma percepção de auto-eficácia elevada, relativamente aos médicos sem formação (*odds ratio* ajustado = 4,2; IC a 95%: 2,3; 7,7).

Possuir formação teórica superior a 35 horas apresentou-se associado a uma maior probabilidade de possuir uma percepção de auto-eficácia elevada, relativamente aos médicos sem formação (*odds ratio* ajustado = 3,7; IC a 95%: 1,6; 9,0). Possuir formação teórica superior a 7 horas apresentou-se associado a uma maior probabilidade de possuir uma percepção de auto-eficácia elevada, relativamente aos médicos sem formação (*odds ratio* ajustado = 2,1; IC a 95%: 1,3; 3,4).

Estes resultados estão em consonância com os pressupostos teóricos que fundamentam o conceito de auto-eficácia, anteriormente descritos. Como seria de prever, possuir formação no domínio da cessação tabágica, quer prática, quer teórica,

aumenta a probabilidade de uma boa percepção de eficácia no aconselhamento, confirmando-se assim a hipótese colocada.

No que se refere à expectativa de efectividade, tendo presente o “princípio de Pigmaleão” ou de “realização automática de profecias”, que valoriza o efeito das expectativas dos professores no grau de sucesso dos seus educandos, pode concluir-se, por analogia, que possuir expectativas positivas sobre o êxito do aconselhamento pode contribuir só por si para aumentar as taxas de abandono do consumo de tabaco por parte dos pacientes (Santos, 1991).

Neste sentido, conforme sublinhado por Carl Rogers (1985), Michael Balint (1998) e Miller e Rollnick (1991), acreditar com autenticidade que o paciente é capaz de mudar e projectar neste uma expectativa positiva quanto a essa capacidade pode ter uma repercussão favorável no processo de mudança.

No presente trabalho, a maioria dos respondentes evidenciou uma percepção da sua efectividade no aconselhamento moderada ou baixa, tendo apenas 22% situado a sua efectividade no nível mais elevado.

Contrariamente ao verificado por outros autores, que concluíram que as mulheres apresentavam melhores práticas de aconselhamento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo relativamente à percepção da efectividade do aconselhamento de apoio à cessação tabágica (O’Loughlin *et al.*, 2007; Steinberg e Delnevo, 2007). Do mesmo modo, não se observaram diferenças com relevância estatística em função do grupo etário e do local de exercício de MGF.

Não se encontraram diferenças nas distribuições das respostas à escala de efectividade em função da realização do Internato da especialidade de MGF.

Cerca de metade dos médicos com menos de dez anos de prática de MGF apresentou uma percepção de baixa efectividade no aconselhamento sobre cessação tabágica. De acordo com a hipótese colocada, a percepção de efectividade no aconselhamento dos pacientes aumentou de acordo com o número de horas de formação teórica em cessação tabágica. Não foram, todavia, encontradas diferenças estatisticamente significativas entre não ter formação e ter sete ou menos horas de formação teórica, o que significa que acções formativas de curta duração não parecem ser suficientes para que os médicos se sintam convictos quanto à efectividade do seu aconselhamento. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre não ter formação prática e ter 35 ou menos horas deste tipo de formação, o que reforça a conclusão anterior.



Por outro lado, dos médicos com formação teórica ou prática superior a 35 horas, 49% e 62%, respectivamente, apresentaram uma percepção de efectividade, no apoio à cessação tabágica, elevada.

Quanto à estimativa de sucesso do aconselhamento, traduzido pela percentagem de fumadores abstinentes, se todos os fumadores observados durante um ano na consulta de MGF fossem aconselhados a parar de fumar, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função da realização do Internato da Especialidade de MGF.

Em 192 médicos que não souberam responder a esta questão, 61% não possuíam formação teórica e 82% não possuíam formação prática neste âmbito.

Aproximadamente 41% dos médicos sem formação teórica e 45% sem formação prática estimaram o sucesso do seu aconselhamento em valores iguais ou inferiores a 10%. Relativamente aos médicos que referiram possuir formação, 62% com mais de 35 horas de formação teórica e 57% com formação prática, indicaram uma expectativa de sucesso superior a 15%.

Contudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a posse de formação teórica e a estimativa de sucesso do aconselhamento, tendo sido encontrada essa associação apenas relativamente à posse de formação prática.

Estes resultados mostraram que as expectativas de sucesso do aconselhamento aumentam com a posse de formação, encontrando-se em conformidade com os valores encontrados por outros autores, conforme anteriormente mencionado (Ferguson *et al.*, 2005; Raw; McNeill; Coleman, 2005; Fiore *et al.*, 2008). Confirmam, no entanto, a importância de promover a formação de carácter prático em cessação tabágica, através da realização de períodos de estágio em consultas de apoio intensivo já existentes, dada a especificidade desta intervenção, em particular no que se refere a fumadores com situações clínicas mais complexas.

Não foi encontrada associação entre a posse do Internato da Especialidade de MGF e a iniciativa de aconselhar.

Como mencionado anteriormente, a formação em cessação tabágica tem sido identificada como uma variável fortemente associada às boas práticas neste domínio, estando descrita uma relação “dose-resposta” entre o tempo de formação e a actividade do médico no domínio da cessação tabágica (Twardella e Brenner, 2005; Sadowski, Ruffieux; Cornuz, 2009; Kuma *et al.*, 2010;). Pelo contrário, a falta de

formação pode constituir uma barreira ao aconselhamento (Eckert e Junker, 2001; Twardella, Brenner, 2005).

Assim, conforme seria de esperar, a quase totalidade (94%) dos médicos com mais de 35 horas de formação em cessação tabágica referiram tomar a iniciativa de aconselhar os pacientes sobre consumo de tabaco, verificando-se que 15% dos médicos sem esta formação, 12% dos médicos com formação teórica inferior ou igual a 7 horas e apenas 6% dos médicos com formação superior a 7 horas responderam não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre consumo de tabaco.

Os médicos com formação prática superior a 35 horas apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre tabaco, relativamente aos médicos sem formação (*odds ratio* ajustado = 3,9; IC a 95%: 1,6; 9,6), ajustada para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo.

No presente trabalho, observou-se que a proporção de médicos que referiu realizar as cinco componentes da intervenção breve (“5 Ás”), frequentemente, aumentou com o número de horas de formação, passando de 24%, nos médicos com sete ou menos horas de formação, para 31%, nos médicos com mais de 35 horas de formação.

Apesar de 17% dos médicos sem formação e cerca de 30% dos médicos com formação teórica em cessação tabágica terem referido aconselhar de modo frequente os seus pacientes fumadores ambivalentes, com recurso aos princípios da entrevista motivacional, não se encontrou associação entre possuir formação teórica em cessação tabágica e a realização, auto-reportada, deste tipo de aconselhamento. Pelo contrário, 18 % dos médicos sem formação prática e 39% dos médicos com formação prática em cessação tabágica superior a 35 horas referiram aconselhar estes pacientes, existindo associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis. Estes resultados parecem confirmar a importância da formação prática nesta área, dada a particular dificuldade de comunicar de forma efectiva e gratificante com os pacientes em estado de ambivalência e a necessidade de se possuir treino prático em entrevista motivacional (Miller e Rollnick, 1991; Gordon, 2002).

A elevada percentagem de médicos (24%) que respondeu não conhecer a proporção de fumadores na sua lista de utentes, aliada ao facto de cerca de um terço não saber estimar o sucesso esperado da sua intervenção, indicia alguma inconsistência na abordagem deste assunto. Por outro lado, cerca de 60% dos respondentes identificaram, como incentivos ao seu trabalho nesta área, a realização

de um estágio prático de formação e 52% a melhoria da sua formação teórica na abordagem da cessação tabágica, o que traduz uma grande carência formativa nesta matéria.

O aparente desinteresse sobre a inclusão desta temática na formação pré e pós-graduada dos médicos tem sido descrito em outros países. Nos EUA, Ferry, Grissino e Runfola (1999) e Spangler e outros (2002) verificaram que a generalidade da formação pré-graduada era insuficiente para habilitar os futuros médicos para a intervenção no campo das abordagens comportamentais. No Reino Unido, num estudo publicado em 2004, concluiu-se que a grande maioria dos médicos finalistas não tinha recebido nenhuma ou quase nenhuma formação no domínio da farmacologia e da actuação prática no tratamento da cessação tabágica (Roddy; Rubin; Britton, 2004). Não obstante, o movimento de reforma do ensino médico em função dos problemas de saúde mais prevalentes começa a emergir, sendo disso exemplo a inclusão, no primeiro ano da formação médica ministrada pela Mayo Medical School College of Medicine, de um módulo sobre abordagem motivacional, cujo tema incide precisamente na cessação tabágica (Poirier *et al.*, 2004; Geller *et al.*, 2008; Frenk *et al.*, 2010).

No nosso País, embora os serviços de saúde e outras entidades venham a desenvolver, nos últimos anos, iniciativas de formação em serviço neste domínio, a formação pré e pós-graduada revela-se da maior importância, na medida em que fornece os eixos estruturantes da cultura e da *praxis* médicas. A posse do Internato de MGF não se revelou associada a melhores níveis de formação, de percepção de auto-eficácia ou de expectativas de efectividade nesta área, o que parece traduzir o não investimento formativo dos futuros especialistas de MGF nesta vertente.

Foram identificadas, no presente trabalho, grandes necessidades formativas na abordagem clínica da cessação tabágica, tendo somente 4% dos médicos respondido não necessitar de formação nesta área. Por outro lado, apenas 8% dos médicos referiram possuir formação teórica e 4% formação prática em cessação tabágica com duração superior a 35 horas.

Um estudo efectuado a alunos do 6.º ano das Faculdades de Medicina portuguesas, em Abril de 2007, sobre a formação recebida em cessação tabágica revelou que apenas 35% dos inquiridos a consideraram suficiente, tendo 15% respondido não ter realizado qualquer formação neste domínio. Os restantes (50%) consideraram a formação recebida insuficiente (Borges *et al.*, 2008).

Cerca de 66% dos médicos responderam necessitar de formação em entrevista motivacional, 59% em prevenção da recaída, 54% em intervenção breve e 55% em terapêutica farmacológica. Cerca de 55% dos respondentes gostariam de realizar um estágio prático numa consulta de apoio intensivo.

Aproximadamente metade dos médicos com formação em cessação tabágica igual ou inferior a 35 horas identificou necessidades de formação na área da utilização da terapêutica farmacológica, o que acentua a necessidade de garantir uma formação que habilite os médicos nesta vertente, dado que algumas das terapêuticas indicadas no tratamento da dependência do tabagismo são de prescrição médica obrigatória.

Somente cinco médicos referiram ter interesse em realizar formação em acupunctura e outras terapias alternativas, cuja efectividade não foi ainda devidamente comprovada (Fiore *et al.*, 2008).

Perante as necessidades de formação identificadas, parece ser de inferir que a cessação tabágica não tem merecido o investimento formativo suficiente, quer a nível da formação pré-graduada, quer da formação a nível do Internato da especialidade de MGF. Conforme escreveu João Lobo Antunes (2005), "...a medicina dos estilos de vida está ainda por vingar...", parecendo imperativo rever o tipo de formação nesta área que se pretende oferecer aos futuros médicos e, em particular, aos novos especialistas em MGF (Poirier *et al.*, 2004; Antunes, 2005; Haidet e Stein, 2006; Cook *et al.*, 2006; Vogt; Hall; Marteau, 2007; Frenk *et al.*, 2010; Olmen *et al.*, 2010).

#### 4.4. Limitações do estudo e desenvolvimentos futuros

O presente trabalho apresentou como principal limitação o facto de a amostra não ser representativa da população de estudo, em particular no que se refere à distribuição por grupo etário, embora semelhante no que se refere à variável sexo, o que impõe reservas na extrapolação dos resultados obtidos à totalidade dos médicos inscritos na APMCG.

Poderá ter existido um maior interesse pelo tema por parte dos médicos respondentes, pelo que alguns resultados poderão encontrar-se sobrestimados relativamente à população de estudo. Pelo contrário, é possível antever que os médicos fumadores possam ter respondido em menor número, sendo assim de admitir a possibilidade de os resultados referentes ao consumo de tabaco se apresentarem subavaliados.

O uso de escalas de tipo Likert, sem prévia validação para os médicos portugueses, poderá ter comprometido a validade interna do estudo. Contudo, a sujeição do questionário ao parecer de peritos na fase de pré-teste, pode ter contribuído para reduzir este potencial viés.

Considerando que os médicos são conhecedores da matéria em apreço, é possível antecipar algum grau de desejabilidade social nas respostas. Na verdade, as práticas de aconselhamento auto-referidas poderão não corresponder às que efectivamente são adoptadas diariamente com os pacientes, mas sim às práticas que o respondente julga serem tecnicamente mais adequadas, o que poderá ter concorrido para que alguns resultados se possam encontrar sobrestimados relativamente à realidade. No entanto, o carácter anónimo do questionário poderá ter contribuído para reduzir este efeito.

O facto de não terem sido consideradas todas as variáveis envolvidas na prestação de cuidados preventivos e de promoção da saúde no contexto da consulta médica, conforme descrito nas Figuras 6. e 7., em particular as relativas aos pacientes e ao contexto da consulta, limita, de algum modo, a compreensão dos resultados obtidos. Na verdade, “desinseridos” de um âmbito natural mais vasto e complexo, possibilitam, por esse motivo, uma leitura necessariamente incompleta e redutora de toda a verdadeira dimensão técnica e humana presente na relação que se estabelece entre o médico e o seu paciente, numa consulta de MGF.

Apesar destas limitações, o carácter exploratório do presente trabalho permitiu delimitar algumas hipóteses cuja confirmação carece, todavia, de um maior aprofundamento em futuros estudos de investigação.

A fim de ultrapassar as limitações decorrentes da não representatividade da amostra e alargar a compreensão dos fenómenos em estudo, será vantajoso recorrer a um processo de triangulação – metodológica, do investigador, e, eventualmente, dos pressupostos conceptuais adoptados –, tendo em vista confrontar diferentes métodos de pesquisa e eliminar eventuais enviesamentos decorrentes da proximidade entre o investigador e o assunto em investigação (Jick, 1979; Golafshani, 2003; Günther, 2006).

Nesse sentido, será necessário confrontar e complementar as conclusões do presente estudo com os dados recolhidos por outros investigadores, recorrendo a diferentes métodos de investigação de natureza qualitativa e quantitativa.

Com esse objectivo, poderão realizar-se entrevistas, individuais ou em grupos focais, com médicos, com peritos ou com pacientes, seleccionados em função de diversas características, e dimensões, conforme modelos apresentados nas Figuras 6, 7 e 8.

Os métodos qualitativos, para além do tempo e dos recursos humanos que exigem, apresentam diversas limitações que se prendem com a dificuldade de controlar a desejabilidade social nas respostas e de generalizar as conclusões obtidas (Fern, 1982; Kitzinger, 1995; Glanz; Rimer; Lewis, 2002; Walter *et al.*, 2010). Podem, no entanto, ajudar a compreender algumas dimensões de difícil acesso às abordagens quantitativas, designadamente as que se referem às atitudes, percepções, expectativas e opiniões.

A organização de comunidades de prática, centradas em processos participados de investigação/acção/aprendizagem, num contexto que propicie a melhoria contínua do desempenho a partir das necessidades e expectativas dos profissionais envolvidos, parece constituir uma via favorecedora do trabalho de pesquisa e de translação do conhecimento (Del Mar e Askew, 2004; Endsley; Kirkegaard; Linares, 2005; Amin e Roberts, 2008; Grandes *et al.*, 2008; Jiwa *et al.*, 2011.)

Conforme sublinhado por Jones *et al.*, (2003) e Del Mar e Askew (2004), para promover um maior envolvimento dos médicos na área da investigação, será imprescindível incentivar a formação médica, criar “tempos protegidos”, disponibilizar os apoios financeiros mínimos necessários e fomentar um maior reconhecimento e

valorização deste tipo de trabalho. Por último, será necessário aumentar o seu interesse e motivação para participarem neste processo.

Segundo Jiwa e outros (2011) “... *a key challenge ... is to ensure that practitioners feel a sense of ownership of the research question or quality improvement issue and see themselves as an integral part of the change management team rather than as a ‘research substrate’.*”

A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a instituição de lideranças técnicas nas suas diferentes unidades funcionais, poderão vir a constituir um factor estruturante de um maior investimento dos médicos de MGF no contexto da promoção da saúde e da prevenção da doença, a nível dos cuidados de saúde primários.

Identificam-se como áreas de investigação futura, decorrentes do presente trabalho: (i) conhecer as atitudes e as expectativas dos responsáveis pela formação médica pré-graduada e pela formação de especialização em MGF no que se refere ao investimento formativo no domínio da prevenção da doença e promoção da saúde; (ii) conhecer as atitudes e as expectativas dos médicos e dos responsáveis pela gestão dos serviços, quanto ao seu papel nas áreas preventivas e de promoção da saúde; (iii) identificar as expectativas dos pacientes quanto à comunicação com o seu médico, em matérias relacionadas com os estilos de vida e as mudanças comportamentais; (iv) medir a efectividade e os ganhos em saúde decorrentes da aplicação, no contexto do exercício profissional, das linhas de orientação clínica que têm sido propostas neste domínio, tendo em conta as limitações de tempo e a complexidade inerentes à consulta de MGF.





## 5. CONCLUSÕES

---



*“... to deliver a true ‘health service’ rather than a ‘sickness service’, health promotion must be fully embedded in national policies, commissioning priorities, care pathways, standards and performance indicators, and staff and service contracts. The NHS needs to invest in interventions and programmes that provide effective support to help people change their behaviour, in the short term and the longer term.”*

Boyce; Robertson; Dixon,  
The Kings Fund, 2008

De acordo com a Carta de Ottawa (International Conference,1986), a obtenção de ganhos em saúde implica que as pessoas, individual ou colectivamente, sejam capazes de agir sobre os factores que a determinam, em função de cinco grandes eixos de acção: integração da saúde em todas as políticas, criação de ambientes saudáveis, reforço da acção comunitária, promoção da literacia e da capacitação, individual e colectiva, e reorientação dos Serviços de Saúde.

Nos últimos anos, a reorganização da prestação de serviços no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, em particular no campo da MGF, tem merecido um grande investimento no nosso País, especialmente no que se refere à melhoria do acesso, da eficiência e da qualidade dos serviços prestados à população (Sakellarides, 2005; 2009). Porém, o contributo das práticas profissionais em matéria de prevenção da doença e promoção da saúde tem sido pouco investigado, tratando-se de uma área deixada ao critério de cada profissional e das suas próprias motivações. Mesmo perante a existência de programas nacionais de prevenção de várias doenças crónicas e de normas de orientação clínica aplicáveis neste domínio, desconhece-se, de algum modo, até que ponto se aplicam princípios de aconselhamento e de vigilância médica na prevenção dessas doenças e se aproveitam os contactos com os utentes para os informar e motivar para a adopção de hábitos de vida promotores de saúde.

Dos factores associados aos estilos de vida, fumar constitui um dos mais importantes, afectando cerca de um quinto da população adulta portuguesa e, de modo generalizado, toda a restante população, potencialmente exposta ao fumo ambiental do tabaco (WHO, 2006; 2008a; Machado, Nicolau, Dias, 2009).

Um em cada dois fumadores que inicie o consumo na adolescência e não pare de fumar irá morrer por uma doença associada ao consumo de tabaco, perdendo em média cerca de dez anos de esperança de vida (Doll *et al.*, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).

O consumo de tabaco induz dependência, física e psíquica, na maioria dos seus consumidores. Diversos factores – genéticos, neurobiológicos, psicoemocionais, socioeconómicos e culturais – intervêm na iniciação, na manutenção e na cessação deste consumo. Esta diversidade de factores, bem como o tempo e a dose de exposição ao fumo do tabaco, contribuem para explicar a diferente susceptibilidade individual, não só à aquisição de dependência, mas também ao surgimento dos diferentes tipos de patologias que lhe estão associadas (WHO, 2004a).

Em Portugal, estima-se que este consumo seja responsável por 11,2% da carga da doença expressa em anos de vida ajustados por incapacidade (*DALY*) e por 11,7% do total de mortalidade, ou seja por aproximadamente 12 600 mortes anuais (Borges *et al.*, 2009).

Parar de fumar tem múltiplos benefícios, imediatos e a longo prazo, individuais e sociais, traduzidos por ganhos em esperança de vida, diminuição da incidência de doenças crónicas, diminuição de gastos em saúde, diminuição da exposição dos não fumadores ao fumo ambiental do tabaco e diminuição da visibilidade social do comportamento de fumar.

Apesar das reduzidas taxas de sucesso da cessação tabágica, parar de fumar tem efeitos na redução das doenças crónicas mais prevalentes, repercutindo-se directamente em menores gastos em cuidados de saúde, internamentos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico. Por outro lado, pequenos ganhos multiplicados por um grande número de fumadores terão um impacto significativo nos indicadores de saúde a nível populacional.

De acordo com as estimativas para a população portuguesa, efectuadas por Borges e outros (2009), se os actuais fumadores parassem de fumar e passassem a registar o risco médio das populações de ex-fumadores, seria possível obter uma

redução de 5,8% na carga da doença, expressa em DALY, e uma redução de 5,8% na mortalidade anual (8,5% nos homens e 2,9% nas mulheres).

Não obstante ser necessário continuar a prevenir o início do consumo de tabaco nos jovens, o impacte populacional desta abordagem apenas será visível dentro de duas a três décadas, dado o período de latência da generalidade das doenças que lhe estão associadas. A cessação tabágica é, deste modo, a estratégia de saúde populacional que permitirá obter ganhos em saúde a mais curto prazo (Prahbat e Chaloupka, 1999).

Embora a maioria das pessoas fumadoras tente parar de fumar sem ajuda ao longo do seu ciclo de vida, as recaídas são frequentes, sendo poucas (3 a 7%) as que, anualmente, conseguem parar de modo definitivo sem qualquer tipo de apoio (Hughes; Keely; Naud, 2004; Fiore *et al.*, 2008; West *et al.*, 2010).

Aceita-se, actualmente, que a dependência do tabaco deve ser encarada, por esse facto, como um problema de saúde crónico, exigindo actuações semelhantes às adoptadas relativamente a outras situações de doença crónica, como a hipertensão ou a diabetes (WHO, 1992; Fiore *et al.*, 2008; Steinberg *et al.*, 2010).

Apoiar os pacientes fumadores a parar de fumar é uma das intervenções médicas com melhor relação custo/efectividade na redução de doenças prematuras e desigualdades em saúde, sendo considerada, por esse motivo, como um *gold standard* das actividades preventivas (Fiore *et al.*, 2008).

Os médicos de MGF, pelo vínculo terapêutico que estabelecem com os seus pacientes, pela continuidade dos cuidados que prestam e pela possibilidade de contacto com a generalidade da população, são, de entre todos os profissionais de saúde, os que podem intervir de modo mais consistente e efectivo nesta área e melhores resultados poderão obter na cessação tabágica dos pacientes fumadores (Gorin e Heck, 2004; Fiore *et al.*, 2008; Boyce *et al.*, 2010; Tong *et al.*, 2010).

A pesquisa bibliográfica efectuada salientou o facto de a intervenção dos médicos de MGF na cessação tabágica se situar frequentemente abaixo do esperado (Quinn *et al.*, 2005; Stead *et al.*, 2009; Boyce *et al.*, 2010; Tong *et al.*, 2010), mesmo em países com forte tradição de investimento neste âmbito (Croghan, 2011).

Tratando-se de uma matéria sujeita a investigação em diversos países (Assossiation of American Medical Colleges, 2007; Tong *et al.*, 2010; Croghan, 2011), não foram encontrados estudos que permitam conhecer a realidade portuguesa (Stead *et al.*, 2009). Parece assim vantajoso caracterizar essa realidade e compreender as

razões que justificam algum grau de alheamento por parte da classe médica, relativamente à sua intervenção no tratamento da dependência tabágica.

Para analisar as variáveis com maior influência na decisão dos médicos de MGF de aconselharem e apoiarem os seus pacientes fumadores a cessar o consumo de tabaco, foi elaborado um modelo conceptual (Figuras 7. e 8.), tendo por base os estádios de mudança de comportamentos relacionados com a saúde, propostos por Prochaska e DiClemente (1982; 1983), bem como as linhas de orientação para o apoio na cessação tabágica, assentes em intervenções breves de aconselhamento motivacional, conforme proposto por Miller e Rollnick (1991), adoptadas pela DGS (DGS, 2007), pela OMS (WHO, 2004b; 2010) e por outras entidades internacionais (US Department of Health and Human Services; National Institute of Health and Clinical Excellence, 2006; 2009).

Os resultados do presente trabalho, apesar de não representativos, revelaram a existência de muitos médicos de MGF interessados na temática do tabagismo. Porém, foram identificadas importantes lacunas, quer a nível da formação específica nesta área de intervenção, quer das práticas de aconselhamento auto-referidas, que se situaram em múltiplas vertentes aquém do desejável.

A partir dos resultados obtidos foi possível retirar diversas conclusões que, embora não directamente generalizáveis à totalidade da população de estudo, poderão servir de base para reflexão e posterior aprofundamento, quer no contexto da formação médica, quer no domínio de futuros trabalhos de investigação. Dessas conclusões sublinham-se como mais relevantes as seguintes:

1. Responderam nunca ter fumado 62% dos médicos de ambos os sexos, ser fumadores actuais 17% e ser ex-fumadores 21%.
2. A proporção de médicos que respondeu nunca ter fumado foi de 70% no sexo feminino e de 47% no sexo masculino. Disseram ser fumadores 23% dos respondentes do sexo masculino e 14% do sexo feminino. Assumiram ser ex-fumadores 30% dos homens e 16% das mulheres.
3. A maior proporção de médicos que assumiu nunca ter fumado foi observada no sexo feminino e no grupo de médicos mais jovens. Entre este grupo de médicos foi reportada uma prevalência de consumo de 13% nos homens e 11% nas mulheres. Estes dados, embora não representativos da

população de estudo, parecem apontar para uma tendência de decréscimo do consumo de tabaco entre os médicos mais jovens.

4. Os médicos que referiram fumar apresentaram atitudes menos favoráveis à cessação tabágica, tendo 46% denotado um nível de atitudes negativas elevado. Entre os médicos que nunca fumaram o resultado correspondente foi de 29%.
5. Entre os médicos que disseram fumar, apenas 54% consideraram o aconselhamento de apoio à cessação tabágica como uma atribuição do médico de MGF. Este valor foi de 67% entre os médicos que assumiram nunca ter fumado.
6. Dos médicos que afirmaram nunca ter fumado, 25% referiram ter realizado uma intervenção breve de aconselhamento sobre cessação tabágica, integrando as cinco componentes do modelo dos “5 Ás”, como actuação frequente com os pacientes fumadores observados na consulta nos últimos três meses; entre os médicos que referiram fumar o valor correspondente foi de 10%.
7. Os médicos que referiram nunca ter fumado apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica (*odds ratio* = 2,8; IC a 95%: 1,6; 4,8) e de realizar uma intervenção breve de aconselhamento, integrando as cinco componentes do modelo dos “5Ás”, (*odds ratio* = 2,8; IC a 95%: 1,4; 5,5), em comparação com os médicos que referiram ser fumadores.
8. A análise multivariada revelou que os médicos que referiram nunca ter fumado apresentaram uma maior probabilidade, ajustada para as restantes variáveis incluídas no respectivo modelo, de realizar uma intervenção breve de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás”, em comparação com os médicos que referiram ser fumadores (*odds ratio* ajustado = 2,6; IC a 95%: 1,2; 5,7).
9. O sexo feminino revelou-se mais centrado nos pacientes do que o sexo masculino.

10. Os médicos mais jovens, ou com menos de vinte anos de prática clínica de MGF, revelaram-se mais centrados nos pacientes, existindo uma correlação negativa entre a idade e o grau de adopção do método clínico centrado no paciente.
11. Foi encontrada associação entre a adopção do método clínico centrado no paciente e a realização do Internato da Especialidade de MGF.
12. Muito embora fosse de esperar que os médicos que responderam trabalhar numa Unidade de Saúde Familiar manifestassem uma prática clínica mais centrada nos pacientes, não foi encontrada associação entre o grau de adopção do método clínico centrado no paciente e o contexto de trabalho dos médicos.
13. Os médicos moderadamente ou muito centrados nos pacientes apresentaram atitudes mais favoráveis à cessação tabágica e uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar os fumadores a parar de fumar (respectivamente *odds ratio* = 2,3; IC a 95%: 1,3; 4,2; *odds ratio* = 1,9; IC a 95%: 1,1; 3,4), relativamente aos médicos menos centrados nos pacientes.
14. Os médicos mais centrados nos pacientes na vertente *caring*, referente ao estabelecimento de uma relação de empatia e de compreensão global do paciente, apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar sobre cessação tabágica (*odds ratio* = 2,1; IC a 95%: 1,2; 3,7), em comparação com os médicos menos centrados nos pacientes, nesta vertente.
15. Os médicos que se revelaram mais disponíveis para partilhar poder e informação com os seus pacientes (vertente *sharing*) apresentaram uma maior probabilidade de adoptar as normas de orientação sobre cessação tabágica da DGS, relativamente aos médicos com menor disponibilidade para essa partilha de poder (*odds ratio* ajustado = 3,2; IC a 95%: 1,8; 5,7).
16. Contrariamente à hipótese colocada, os resultados obtidos não permitiram confirmar plenamente a existência de associação entre a adopção do método clínico centrado no paciente e as práticas auto-referidas de aconselhamento sobre cessação tabágica, em função dos estádios de mudança comportamental dos pacientes.



17. Possuir o Internato da Especialidade de MGF não se revelou uma variável influente na adopção de boas práticas auto-referidas de aconselhamento sobre cessação tabágica.
18. Foi identificada uma grande carência de formação em cessação tabágica, verificando-se que cerca de metade dos médicos respondeu nunca ter realizado formação específica nesta matéria. Apenas 4% dos médicos responderam não necessitar de formação em cessação tabágica. Cerca de 66% dos médicos responderam necessitar de formação em entrevista motivacional, 59% em prevenção da recaída, 56% em intervenção breve, 55% de realizar um estágio prático numa consulta de apoio intensivo. Cerca de 53% dos médicos identificaram necessidades de formação na utilização de terapêuticas farmacológicas; dos médicos com o Internato de MGF, mais de metade (56%) expressaram necessidades de formação nesta área.
19. Menos de metade (45%) dos médicos atribuiu uma importância elevada à cessação tabágica, como medida de melhoria da saúde dos seus pacientes.
20. O grau de importância atribuído aumentou em função do tempo de formação em cessação tabágica. Cerca de 59% dos médicos com mais de 35 horas de formação e 39% dos médicos sem formação nesta área atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica.
21. Não foi encontrada associação entre a realização do Internato da especialidade de MGF e a percepção de auto-eficácia no aconselhamento de apoio à cessação tabágica.
22. Foi observada uma correlação positiva entre possuir formação, teórica ou prática, em cessação tabágica e a percepção de auto-eficácia no aconselhamento.
23. Verificou-se a existência de uma correlação positiva entre a posse de formação em cessação tabágica, teórica ou prática, e as expectativas de efectividade no aconselhamento de apoio à cessação tabágica.
24. Foi encontrada uma correlação positiva entre atitudes positivas e percepção de auto-eficácia no aconselhamento e uma correlação negativa

entre atitudes negativas e a percepção de auto-eficácia no aconselhamento.

25. A análise de regressão logística revelou que os médicos com o nível mais baixo de atitudes negativas relativamente à cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes (*odds ratio* ajustado = 2,7; IC a 95%: 1,1; 6,8) ou de realizar uma intervenção breve de aconselhamento segundo o modelo dos “5 Ás” (*odds ratio* ajustado = 2,9; IC a 95%: 1,4; 5,7), comparativamente ao grupo de médicos com o nível mais elevado de atitudes negativas.
26. Observou-se a existência de uma correlação positiva entre a percepção de auto-eficácia e a percepção de efectividade do aconselhamento. Foi encontrada uma correlação positiva entre a percepção de efectividade e a percepção de sucesso do aconselhamento.
27. Um terço dos médicos não soube estimar qual a taxa de abstinência tabágica que poderia ser alcançada se, durante um ano, todos os pacientes fumadores, por si observados na consulta de MGF, fossem alvo de aconselhamento. Cerca de um terço dos respondentes estimou uma taxa de sucesso de 5 a 10%. Apenas 13% dos respondentes estimaram uma taxa de sucesso superior a 30%.
28. Cerca de 16% do total de respondentes apresentaram um grau de prontidão para o aconselhamento elevado (importância atribuída e auto-eficácia simultaneamente elevadas).
29. Os médicos com o nível mais elevado de auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade, ajustada, de realizar uma intervenção breve de aconselhamento, segundo o modelo dos “5 Ás” (*odds ratio* ajustado = 3,1; IC a 95%: 1,4; 6,5) ou de realizar uma intervenção motivacional breve com pacientes renitentes à mudança (5 Rs) (*odds ratio* ajustado = 2,9; IC a 95%: 1,4; 5,7), comparativamente ao grupo de médicos com o nível mais baixo de auto-eficácia.
30. Os médicos com o nível mais elevado de auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade, ajustada, de realizar uma intervenção breve de aconselhamento motivacional com

pacientes ambivalentes (*odds ratio* ajustado = 8,8; IC a 95%: 3,8; 19,9), em relação ao grupo de médicos com o nível mais baixo de auto-eficácia.

31. Os médicos com um nível moderado de auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica apresentaram uma maior probabilidade, ajustada, de realizar uma intervenção breve de aconselhamento motivacional com pacientes ambivalentes (*odds ratio* ajustado = 3,2; IC a 95%: 1,5; 7,4), em relação ao grupo de médicos com o nível de auto-eficácia mais baixo.
32. As principais variáveis preditivas de uma percepção elevada de auto-eficácia no aconselhamento para a cessação tabágica foram o grupo etário e a posse de formação em cessação tabágica, designadamente: ter mais de 45 anos, relativamente aos médicos mais jovens; possuir formação prática, com duração superior a 35 horas, ou formação teórica, relativamente aos médicos sem formação nesta área.
33. Cerca de 92% dos respondentes consideraram que o aconselhamento para a cessação tabágica dos pacientes é uma tarefa que faz parte das atribuições do médico especialista em MGF.
34. Cerca de 88% dos médicos responderam tomar a iniciativa de aconselhar os pacientes fumadores sobre cessação tabágica, mesmo que não existam doenças associadas ao consumo de tabaco ou o paciente expresse um pedido de apoio nesse sentido.
35. Apenas 76% dos respondentes estiveram totalmente de acordo com uma abordagem oportunística deste assunto, em todos os contactos com os pacientes fumadores.
36. Dos 507 médicos que referiram realizar uma intervenção de aconselhamento breve e souberam indicar o tempo dispendido nessa actividade, 63% responderam demorar em média 5 a 10 minutos, cerca de 24% menos de 3 minutos e 13% mais de dez minutos
37. Apresentaram uma maior probabilidade de tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes a parar de fumar os médicos: que estiveram totalmente de acordo que o apoio na cessação tabágica é uma atribuição do médico de MGF; que referiram seguir normas de boas práticas em cessação tabágica; que não identificaram barreiras relacionadas com a comunicação

na consulta ou com aspectos organizacionais; que referiram possuir formação prática em cessação tabágica; que referiram possuir menos de 10 anos de prática de MGF; que evidenciaram um nível baixo ou moderado de atitudes negativas.

38. Como actuação mais frequente relativamente a um paciente que pede apoio para parar de fumar (homem adulto, sem patologia), responderam aconselhar a parar de fumar 85%, avaliar a motivação 79%, avaliar o grau de dependência 67%, marcar o “dia D”, primeiro dia sem cigarros, 60%, prescrever fármacos 50%; propor um plano de seguimento 63% dos médicos.
39. Relativamente à actuação com pacientes fumadores que não querem parar de fumar, as tarefas que os médicos referiram realizar com maior frequência foram: aconselhar, mostrar disponibilidade para apoiar o fumador, caso este decida parar de fumar, e avaliar o grau de relevância que o fumador atribui ao abandono do tabaco.
40. Cerca de 21% dos médicos referiram realizar, frequentemente, uma intervenção de aconselhamento breve, de acordo com o modelo dos “5 Ás”, com pacientes em preparação para parar de fumar; 13% uma intervenção de aconselhamento motivacional, segundo o modelo dos “4 Rs”, com pacientes não motivados para parar de fumar, e 20% uma intervenção de aconselhamento, tendo por base os princípios da entrevista motivacional, com pacientes ambivalentes, relativamente ao abandono do tabaco.
41. Os médicos que apresentaram um nível baixo ou moderado de atitudes negativas, uma percepção elevada de auto-eficácia no aconselhamento, que nunca fumaram, que referiram adoptar o Programa de actuação em cessação tabágica da DGS, habitualmente ou às vezes, e que não identificaram barreiras organizacionais apresentaram uma maior probabilidade de realizar uma intervenção breve (“5Ás”) de aconselhamento de pacientes fumadores.
42. Os médicos que referiram seguir o Programa de actuação em cessação tabágica da DGS ou que evidenciaram uma percepção de auto-eficácia no aconselhamento elevada, apresentaram uma maior probabilidade de

realizar uma intervenção de aconselhamento motivacional breve (“4 Rs”) com os pacientes que não querem parar de fumar.

43. Os médicos que referiram possuir uma percepção de auto-eficácia elevada ou moderada, uma expectativa de efectividade no aconselhamento elevada, ou moderada, que atribuíram uma importância elevada à cessação tabágica e não identificaram barreiras organizacionais, apresentaram uma maior probabilidade de realização frequente de uma intervenção breve de aconselhamento, sobre cessação tabágica, com fumadores ambivalentes.
44. Cerca de 30% dos respondentes referiram seguir habitualmente o Programa de actuação em cessação tabágica da DGS, como referência para o seu trabalho nesta área. Responderam não seguir este Programa, apesar de o conhecerem, 18% dos respondentes; 24% disseram desconhecer este Programa.
45. Referiram seguir habitualmente o Programa de cessação tabágica da DGS, 71% dos médicos com formação teórica em cessação tabágica superior a 35 horas, 52% dos respondentes com formação entre 7 a 35 horas, 30% dos médicos com formação igual ou inferior a 7 horas e 18% dos médicos sem formação nesta área.
46. A falta de tempo, a falta de formação específica e a falta de apoio por parte de outros profissionais foram as barreiras ao aconselhamento sobre cessação tabágica mais citadas.
47. Dos médicos que identificaram o medo de perturbar a relação com o paciente como barreira ao aconselhamento, 63% responderam não tomar a iniciativa de aconselhar os seus pacientes sobre cessação tabágica.
48. Como factores facilitadores de melhores práticas de intervenção, cerca de 60% dos médicos referiu a realização de um estágio prático de formação; 57% a possibilidade de dispor do apoio de outros profissionais; cerca de metade gostaria de melhorar a sua formação teórica. Cerca de 25% dos médicos investiria mais nesta área de trabalho se existissem incentivos financeiros, 20% se os pacientes demonstrassem maior interesse em discutir o assunto e 20% se existisse uma maior valorização desta área por parte dos colegas e dos órgãos de gestão.

49. Verificou-se que as variáveis com maior influência na adopção de boas práticas auto-referidas neste domínio foram a percepção de auto-eficácia, as atitudes negativas, a expectativa de efectividade, a posse de formação específica nesta área, a percepção de barreiras ao aconselhamento, em particular as organizacionais ou as ligadas ao processo de comunicação na consulta e a adopção do Programa de cessação tabágica da DGS.
50. Os médicos que evidenciaram possuir um nível elevado de auto-eficácia, uma expectativa de efectividade elevada, um nível baixo de atitudes negativas, que disseram adoptar habitualmente o Programa de cessação tabágica da DGS e não identificaram barreiras ao aconselhamento, em especial as relacionadas com aspectos organizacionais, ou com a comunicação na consulta, apresentaram uma maior probabilidade de realizar, com frequência, intervenções breves de aconselhamento para a cessação tabágica.

## Síntese final

*“ .... medical schools and medical educators could certainly play a significant role in ... meeting the priority health concerns of people, individually and collectively. To do this, they would need to have a strategic vision of the principal factors interacting in the health system, which influence people's health and the attitudes of health professionals. ... This would require a fundamental shift in mindset in those responsible for the design or redesign of institutions as well as of action programmes. People's health needs need to be taken as a starting, and not as an end point.”*

*Boelen, 2002*

Conforme observado por Heath (2005; 2010) o exercício da medicina encontra-se no mundo globalizado actual sujeito a múltiplas influências – “à medicalização da vida, à industrialização dos cuidados de saúde e à politização da medicina”. Apesar destes constrangimentos, limitadores do campo de decisão do médico e da possibilidade de adoptar e pôr em prática uma verdadeira medicina centrada nas pessoas, o médico de MGF detém (ainda) o poder de estabelecer uma “relação terapêutica insubstituível” com os seus pacientes. Esta relação, dado o tipo de vínculo e a continuidade que a caracterizam, oferece múltiplas oportunidades para a prevenção primordial da doença e para o apoio dos pacientes na aquisição de conhecimentos e competências que os habilitem a gerir melhor o seu potencial de saúde individual e familiar.

O presente estudo revelou que os médicos mais jovens e habilitados com o Internato da especialidade de MGF se apresentaram mais centrados nos pacientes do que os restantes médicos. Porém, a sua formação no campo específico do apoio à cessação tabágica mostrou-se muito insuficiente, tendo mais de metade dos médicos identificado necessidades formativas neste âmbito. Os médicos mais jovens apresentaram um nível de atitudes positivas face à cessação tabágica inferior ao encontrado entre os restantes médicos e uma percepção de auto-eficácia no aconselhamento inferior à dos restantes médicos. Possuir a especialização em MGF não revelou contribuir, de forma assinalável, para melhores práticas auto-referidas nesta matéria. Estes resultados parecem confirmar a carência de investimento na

prevenção e controlo do tabagismo a nível pré e pós-graduado, no âmbito da formação em MGF.

Adaptar o ensino médico às necessidades de saúde reais das populações e aos factores que as determinam, constitui uma importante estratégia de promoção da saúde, ainda insuficientemente valorizada.

Trata-se, contudo, de um objectivo difícil de alcançar (Branch, 2000; Boelen, 2002; Heath, 2010; Frenk *et al.*, 2010; Maeshiro *et al.*, 2010). Tal como a história do tabaco está presente na história da Medicina, não sendo fácil alterar a forma como a classe médica encara o risco associado ao seu consumo, a influência da reforma introduzida no ensino médico, há precisamente cem anos, por Flexner, irá perdurar certamente, apesar das iniciativas actualmente em curso no sentido da sua revisão (Engel, 1977; 1980; 1997; Brandt e Gardner, 2000; Cooke *et al.*, 2006, Haidet e Stein, 2006; Beck, 2008; Moretti-Pires, 2009; Krupat, 2009; Frenk *et al.*, 2010).

O primado do modelo biomédico, como paradigma da formação médica pré e pós-graduada, tem contribuído para a desvalorização das componentes psicoemocionais e sociais dos fenómenos de saúde e de doença e para criar clivagens entre cuidados curativos e preventivos e entre a MGF e a saúde pública (Visellear, 1982; Brandt e Gardner, 2000, Frenk *et al.*, 2010).

Porém, o actual padrão de saúde/doença próprio das sociedades desenvolvidas, caracterizado por “pandemias” de doenças crónicas incapacitantes, multideterminadas por factores de natureza comportamental e social, e os gastos crescentes em serviços de saúde que lhe estão associados, irá obrigar certamente à revisão daquele paradigma e à necessidade de se (re)adoptarem os grandes princípios Hipocráticos de compreensão dos processos de saúde/doença e do papel da medicina.

Criar condições para que os médicos de MGF tenham a formação, as condições e o devido reconhecimento pelo seu trabalho nas áreas preventivas constitui uma importante estratégia de promoção da saúde até aqui insuficientemente valorizada, como os resultados do presente trabalho parecem evidenciar.

A elaboração e difusão de normas de orientação clínica baseadas na evidência têm constituído uma das estratégias para facilitar o investimento dos médicos em determinadas áreas ou programas de intervenção, favorecendo a translação do conhecimento baseado na evidência para o contexto concreto do exercício profissional.



Verificou-se no presente trabalho que apenas um terço dos médicos referiu seguir habitualmente a norma de orientação clínica da DGS (Programa-tipo de actuação em cessação tabágica) como referência para a sua intervenção nesta área. Um quarto dos médicos disse desconhecer a existência deste Programa.

Diversos autores têm chamado a atenção para o facto de a elaboração e disseminação de normas de orientação clínica não conduzir necessariamente à sua adopção (Ockene e Zapka; 2000; Cranney *et al.*, 2001; Carey, Buchan; Sanson-Fisher, 2008; Green *et al.*, 2009).

Estas normas, para além de baseadas na evidência devem atender à especificidade e complexidade da consulta de MGF, sob pena de nunca, ou raramente, serem utilizadas (Bensing, 2000; Litaker *et al.*, 2006). Por outro lado, devem ser acompanhadas de medidas que permitam atenuar as barreiras à sua adopção (Green *et al.*, 2009).

Apesar de a cessação tabágica constituir “um *gold standard*” das intervenções preventivas, foi identificada, no presente estudo, uma grande proporção de médicos com atitudes, expectativas e percepções desfavoráveis à sua intervenção neste domínio.

A modificação de atitudes, de expectativas e da percepção de auto-eficácia requerem abordagens pedagógicas participativas, que, para além da transmissão de informação, ofereçam a oportunidade de reflexão, de análise crítica e de treino, no sentido do desenvolvimento de competências e de motivação para a mudança.

Confirmando este princípio, o presente trabalho evidenciou a falta de formação em cessação tabágica como a segunda barreira à intervenção nesta área mais citada pelos respondentes, a seguir à falta de tempo. Foi também sublinhada a importância da formação de carácter prático. Esta necessidade decorre da especificidade das abordagens de aconselhamento motivacional e de prescrição farmacológica indicadas no tratamento da dependência tabágica, abordagens estas que requerem conhecimentos específicos e treino na sua aplicação.

Parece, assim, imprescindível que o investimento na prevenção da doença e na promoção da saúde no contexto da MGF decorra da motivação intrínseca dos próprios médicos, a fim de não ser sentido como uma imposição economicista ou burocrática proveniente do sector da saúde pública, conforme entendimento de alguns autores (Adams e White, 2005; Getz; Sigurdsson, Hetlevik, 2003; Thind *et al.*; 2008; Moretti-Pires, 2009; Coleman, 2010; Pinto; Corte-Real; Nunes, 2010).

Em simultâneo será necessário criar condições organizacionais que incentivem e facilitem a aplicação das normas de orientação clínica baseadas na evidência, no contexto da prática do médico de MGF. Assim, para ultrapassar as barreiras organizacionais identificadas, nomeadamente a “falta de tempo”, parece importante incentivar a constituição de equipas multiprofissionais, assentes no trabalho colaborativo. De notar que cerca de metade dos respondentes valorizou, como um possível incentivo, a possibilidade de contar com o apoio de outros profissionais na realização desta actividade. A adopção de sistemas electrónicos de apoio à realização da consulta poderá contribuir, igualmente, para facilitar o investimento nesta área (Fiore; Keller; Curry, 2007).

Perante as limitações de representatividade da amostra verificadas no presente trabalho, será necessário validar os resultados encontrados, com recurso a um processo de triangulação, assente em estudos de natureza qualitativa e quantitativa. Este processo permitirá compreender melhor, por um lado, quais as percepções, expectativas e necessidades dos pacientes, por outro, quais as estratégias de comunicação que deverão ser adoptadas pelo médico, atendendo à complexidade e ao tempo disponível na consulta, tendo como objectivo aumentar a literacia dos pacientes para uma melhor autogestão da sua saúde.

A realização de estudos qualitativos tendo por base a realização de entrevistas, individualmente ou em grupos focais, poderá ajudar a validar algumas das conclusões do presente estudo. Para além de se estudarem as perspectivas dos médicos, tendo em consideração a sua representatividade em termos de algumas das características identificadas, torna-se imprescindível estudar as perspectivas dos pacientes relativamente ao modo como encaram o papel do seu médico neste processo.

Não contestando o facto de o aconselhamento motivacional breve centrado no paciente, conforme proposto por Miller e Rollnick (1991), se revelar pertinente do ponto de vista conceptual e existir vasta bibliografia que o suporta, será necessário avaliar de que modo poderá ser adoptado no tempo limitado da consulta de MGF. Complementarmente, será necessário avaliar até que ponto esta abordagem é aceite pelos pacientes e de que modo se repercute nas taxas de sucesso da cessação tabágica a curto e a longo prazos.

A criação de comunidades de prática poderá oferecer um contexto favorável para facilitar a investigação e a reflexão neste domínio, através do envolvimento dos

próprios médicos, em grupo restrito ou alargado a outros profissionais (Jones *et al.*, 2003; Jiwa *et al.*, 2011).

Conforme sublinhado por Jiwa e outros (2011) “...*the involvement of those who can effectively implement change is a key element in quality improvement and research in general practice.*”

Por outro lado, o recente lançamento de agrupamentos de centros de saúde (ACES), no âmbito do SNS, com a consequente criação de lideranças técnicas das diferentes unidades funcionais, criará certamente um incentivo para que se investiguem, discutam e implementem soluções organizativas que facilitem o investimento dos médicos de MGF no contexto da promoção da saúde e da prevenção da doença a nível dos cuidados de saúde primários.

A multiplicidade e a complexidade de factores e variáveis associados ao paciente, ao médico e ao contexto da prestação de cuidados, conforme modelo anteriormente proposto no presente trabalho, permite atribuir à consulta de MGF características de um Sistema Adaptativo Complexo – enquanto conjunto de elementos individuais, com liberdade de agir de modos não totalmente predizíveis, cujas acções se apresentam interligadas de forma que a acção de um dos elementos altera o contexto dos restantes (Guerrini e Spaghuolo, 2004).

Tendo presente que um Sistema Adaptativo Complexo se define em termos das partes que o compõem, do comportamento de cada uma dessas partes, das relações entre as partes e do comportamento do contexto; reconhecendo que este tipo de sistemas é dinâmico, existindo contínuas interacções e respostas dentro do sistema e deste com o meio, melhorar as práticas dos médicos no que se refere à sua intervenção nas áreas preventivas e de promoção da saúde requer, em síntese, uma abordagem sistémica que considere o paciente, o médico e a forma e o contexto em que a interacção entre ambos tem lugar (Ockene, 1999; Stroebel *et al.*, 2005; Sussman, 2006; Plsek e Wilson, 2001; Moretti-Pires, 2009; Boyce, 2010).

Como integrar a vertente da prevenção da doença e promoção da saúde neste “sistema adaptativo complexo”, no contexto da prestação de cuidados centrados nas pessoas, com respeito pela sua autonomia, sem violar princípios éticos e garantindo o consentimento informado, parece configurar a próxima “pergunta de investigação”.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



- ABILDSNES, E. *et al.* – Lifestyle consultation in general practice: the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Family Practice*. 28:2 (2011) 220-225.
- ABRAMSON, J. H.; ABRAMSON, Z. H. – Survey methods in community medicine. 5<sup>th</sup> ed. Edinburgh, United Kingdom: Churchill Livingstone, 1999.
- ACTON, G. S. *et al.* – Depression and stages of change for smoking in psychiatric outpatients. *Addictive Behaviors*. 26 (2001) 621–631.
- ADAMS, J.; WHITE, M. – When the population approach to prevention puts the health of individuals at risk. *International Journal of Epidemiology*. 34 (2005) 40–43.
- AFONSO, A; NUNES, C. – Estatística e probabilidades. Lisboa: Escolar Editora, 2011.
- AGUIAR, P. – Guia prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS, Lisboa: Climepsi editores, 2007.
- AJZEN, I. – Attitudes, personality, and behavior. Buckingham: Open University Press, 1988.
- ALVES, M. V.; RAMOS, V., coord. – Medicina geral e familiar: 20 anos: da vontade. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Mvainvent Livros, 2003.
- AMBROSE, J. A.; BARUA, R. S. – The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *Journal of American College of Cardiology*. 43:10 (May 2004) 1731-1734.
- AMERICAN CANCER SOCIETY – Cancer facts and figures 2010. Atlanta: American Cancer Society, 2010.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – Smoking and women's health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 60 (1997) 71-82.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – Smoking and diabetes. *Diabetes Care*. 26:Suppl1 (2003) 589-590.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. Tradução portuguesa. Fernandes, J.C. ed. lit. – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi Editores, 1996.
- AMIN, A.; ROBERTS, J. – Knowing in action: beyond communities of practice. *Research Policy*. 37 (2008) 353–369.
- AN, L.C. *et al.* – Treatment of tobacco use as a chronic medical condition: primary care physicians' self-reported practice patterns. *Preventive Medicine*. 38:5 (May 2004) 574-585.
- ANATOLI, F. – Cutaneous effects of smoking. *Journal of Cutaneous Medical and Surgery*. 8:6 (2004) 415-423.
- ANDERSON, P.; JANE-LLOPIS, E. – How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence?: a meta-analysis. *Addiction*. 99 (2004) 299-312.
- ANTUNES, J.L. – A mão e outros ensaios. Lisboa: Gradiva Editores, 2005.

- ARMSTRONG, D.; ASHWORTH, M. – When questionnaire response rates do matter: a survey of general practitioners and their views of NHS changes. *British Journal of General Practice*. 50 (2000) 479-480.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. CENTER FOR HEALTH WORKFORCE STUDIES – Physician behavior and practice patterns related to smoking cessation: a report prepared for the American Legacy Foundation: full report. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 2007.
- BAKER, F. *et al.* – Health risks associated with cigar smoking. *Journal of the American Medical Association*. 284:6 (2000) 735-740.
- BALDWIN, A.S. *et al.* – Preferences for a patient-centered role orientation: association with patient-information-seeking behavior and clinical markers of health. *Annals of Behavioral Medicine*. 35 (2008) 80-86.
- BALFOUR, D.J. – The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus. *Nicotine and Tobacco Research*. 6:6 (2004) 899-912.
- BALINT, M. – O médico, o seu doente e a doença. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Climepsi, 1998.
- BALINT, M. – The structure of the training-cum-research-seminars: its implications for medicine. [Em linha]. *Journal of the Royall College of General Practitioners*. 17 (1969) 201-211. [Consult. 26 Jan. 2008]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236822/pdf/jroyalcgprac00371-0009.pdf>.
- BANDURA, A. – Human agency in Social Cognitive Theory. [Em linha]. *American Psychologist*. (September 1989) 1175-1184. [Consult. 20 Jan. 2009]. Disponível em <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1989AP.pdf>.
- BANDURA, A. – Self-efficacy: the exercise of control. New York, NY: Stanford University. WH Freeman and Company, 1997.
- BANDURA, A. – Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84:2 (1977a) 191-215.
- BANDURA, A. – Social cognitive theory: an agentic perspective. [Em linha]. *Annual Review of Psychology*. 52 (2001) 1-26. [Consult. 20 Jan. 2009]. Disponível em <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura2001ARPr.pdf>.
- BANDURA, A. – Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A. – Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977b.
- BARANOWSKY, T. – Reciprocal determinism at the stages of behaviour change: an integration of community, personal and behavioral perspectives. *International Quarterly of Community Health Education*. 10:4 (1990) 297 – 327.
- BARBIER, C. – Histoire du tabac: ses persécutions. 2<sup>ème</sup> ed. [Em linha]. Paris: Librairie Moderne. Gustave Havard, editeur, 1861. [Consult. 20 Jan. 2009]. Disponível em



- [http://www.google.pt/books?id=7TgVAAAAYAAJ&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_s ummary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://www.google.pt/books?id=7TgVAAAAYAAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_s ummary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
- BARCLAY, S. *et al.* – Not another questionnaire!: maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Family Practice*. 19:1 (2002) 105-111.
- BARREIRA, E.; GOMES, F. S.; CUNHA, L. M. – Atitudes face ao tabagismo: hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. [Em linha]. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 8:2 (2007)197-207. [Consult. 20 Març. 2008]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a04.pdf>
- BARZILAI, D. *et al.* – Does health habit counselling affect patient satisfaction? *Preventive Medicine*. 33 (2001) 595-599.
- BAUMAN, A.E.; FARDY, H.J.; HARRIS, P.G. – Getting it right: why bother with patient-centred care. *Medical Journal of Australia*. 179 (2003) 253-256.
- BECK, A. H. – The Flexner Report and the standardization of American medical education. [Em linha]. *Journal of the American Medical Association*. 291:17 (2004) 2139-2140. [Consult. 7 Jun. 2008]. Disponível em <http://Journal of the American Medical Association.ama-ssn.org/cgi/reprint/291/17/2139>.
- BECKER, M.H. – The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 2:4 (1974) 354-386.
- BENOWITZ, N.L. – Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. [Em linha]. *The American Journal of Medicine*. 121:4A (2008) S3–S10. [Consult. 28 Set. 2008]. Disponível em [http://www.asat.org.ar/images/comunidad/biblioteca/neurobiology\\_of\\_nicotine\\_addiction\\_implications\\_for.pdf](http://www.asat.org.ar/images/comunidad/biblioteca/neurobiology_of_nicotine_addiction_implications_for.pdf)
- BENSING, J. – Bridging the gap: the separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*. 39:1 (2000)17–25.
- BERLIN, I. – Physicians' perceived barriers to promoting smoking cessation. [Em linha]. *Journal of Smoking Cessation*. 3: 2 (2008) 92–100. [Consult. 17 Jun. 2010]. Disponível em <http://www.atypon-link.com/AAP/doi/pdf/10.1375/jsc.3.2.92?cookieSet=1>
- BEWICK, V.; CHEEK, L.; BALL, J. – Statistics review 14: Logistic regression. *Critical Care*. 9:1 (February 2005) 112-118. [Consult. 17 Jun. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065119/pdf/cc3045.pdf>.
- BJARTVEIT, K, TVERDAL A. – Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*. 14 (2005) 315-320.
- BOELEN, C. A. – A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. [Em linha]. *Bulletin of the World Health Organization*. 80:7 (2002) 592-593. [Consult. 17 Jun. 2010]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v80n7/a11v80n7.pdf>.

- BOON, H. STEWART, M. - Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*. 35:3 (1998) 161-176.
- BORGES, A. et al., - Hábitos tabágicos em alunos do 6.º ano de Medicina e medidas anti-tabágicas. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 14:2 (2008) 219-230.
- BORGES, M. et al. - Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 15: 6 (2009) 952-1004.
- BORRELL-CARRIÓ, F.; SUCHMAN, A. L.; EPSTEIN, R. M. - The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*. 2 (2004) 576-582.
- BORRELLI, B.; LEE, C.; NOVAK, S. - Is provider training effective?: changes in attitudes towards smoking cessation counseling of home health care nurses. *Preventive Medicine*. 46:44 (2008) 358-363.
- BOYCE, T.; ROBERTSON, R.; DIXON, A. - Commissioning and behaviour change: Kicking Bad Habits final report. London: The Kings Fund, 2008.
- BOYCE, T. et al. - A pro-active approach, health promotion and ill-prevention: an Inquiry into the quality of general practice in England. London: The Kings Fund, 2010.
- BOYLE, P. et al. - Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. Survey of 10,295 smokers in representative samples from 17 European countries. *European Journal of Public Health*. 10:3 Suppl (2000) 5-14.
- BRANCH, W.T. - The ethics of caring and medical education. *Academic Medicine*. 75:2 (2000) 127-132.
- BRANDT, A. M.; GARDNER, M. - Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the 20th century. *American Journal of Public Health*. 90:5 (2000) 707-715.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION - Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. [Em linha]. London: BMA, Board of Science and Education and Tobacco Control Resource Centre, 2004. [Consult. 23 Out. 2008]. Disponível em [http://www.bma.org.uk/images/smoking\\_tcm41-21289.pdf](http://www.bma.org.uk/images/smoking_tcm41-21289.pdf).
- BRITT, E.; HUDSON, S.M.; BLAMPIED, N. M. - Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*. 53 (2004) 147-155.
- BROTONS, C. et al. - Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine*. 40 (2005) 595-601.
- BROWN, R. L. et al. - Teaching patient-centered tobacco intervention to first year medical students. *Journal of General Internal Medicine*. 19 (2004) 534-539.
- BURNS, K. E.A. et al. - A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *Canadian Medical Association Journal*. 179:3 (July 2008) 245-252.
- BUTLER, C.; PILL, R.; STOTT, N. - Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. [Em linha]. *British Medical*

- Journal*. 316:20 (1998) 1878-1881. [Consult. 28 Out. 2007]. Disponível em <http://www.bmj.com/cgi/reprint/316/7148/1878>.
- BUTLER, C.; ROLLNICK, R.; STOTT, N.C.H. – The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. [Em linha]. *Canadian Medical Association Journal*. 54 :9 (1996) 1357-1362. [Consult. 28 Out. 2007]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487698/pdf/cmaj00093-0055.pdf>.
- CABANA, M. D. *et al.* – Why don't physicians follow clinical practice guidelines? [Em linha]. *Journal of the American Medical Association*. 282:15 (October, 1999)1458-1467. [Consult. 28 Out. 2007]. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/282/15/1458>.
- CABANA, M.D. *et al.* – Pediatrician self-efficacy for counseling parents of asthmatic children to quit smoking. *Pediatrics*. 113 (1) (January 2004) 78-81.
- CABRAL, M. V, coord.; ALCÂNTARA da SILVA, A.; MENDES, H. – Saúde e doença em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002.
- CAMPBELL, S. M. *et al.* – Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*. 361:4 (2009) 368-78.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. – A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. [Em linha]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9:1 (2004) 139-146. [Consult. 28 Out. 2007]. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013499014.pdf>.
- CAREY, M.; BUCHAN,H.; SANSON-FISHER, R. – The cycle of change: implementing best-evidence clinical practice. *International Journal for quality in Health Care*. 21:1 (2009) 37-43.
- CARLSEN, B.; GLENTON, C.; POPE, C. – Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. [Em linha]. *British Journal of General Practice* 57 (2007) 971–978. [Consult. 28 Out. 2007]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2084137/pdf/bjpg57-971.pdf>.
- CARLSEN, B.; NORHEIM, O.F. – “What lies beneath it all?": an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. [Em linha]. *British Medical Journal of Health Services Research*. 8:218 (2008) 1-11 [Consult. 28 Out. 2007]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-218.pdf>.
- CHAMBERS, M. – NHS Stop Smoking Services: service and monitoring guidance 2010/11. [Em linha]. London: Department of Health, 2010. [Consult. 24 Nov. 2010]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh\\_109889.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_109889.pdf)
- CHAPMAN, S.; MACKENZIE, R. – The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. [Em linha]. *PLoS Medicine*. 7:2 (2010). [Consult. 24 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817714/pdf/pmed.1000216.pdf>.

- CHARLTON, A. – Medicinal use of tobacco in history. [Em linha]. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 4: 97 (June 2004) 292-296. [Consult. 15 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079499/pdf/0970292.pdf>.
- CHARON, R. – Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*. 286:15 (2001)1897-1902.
- CHERAGHI-SOHI, S. *et al.* – What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. *Annals of Family Medicine*. 6:2 (2008)107-115.
- CHIMKA, J.R.; WOLFE, H. – History of ordinal variables before 1980. [Em linha]. *Scientific Research and Essay*. 4: 9 (2009) 853-860. [Consult. 15 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.academicjournals.org/sre/PDF/pdf2009/Sep/Chimka%20and%20Wolfe.pdf>.
- CLARK, N.M.; BECKER, M.H. – Theoretical models and strategies. In: CLARK, N.M.; HOULE, C.R. – *The handbook of health behaviour change*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Springer Publishing, 1998.5 -32.
- CLELAND, L.J.; THOMAS, M.; PINNOCK, H. – The views and attitudes of general practitioners and smokers toward provision of smoking cessation advice: a qualitative study. [Em linha]. *Primary Care Respiratory Journal*. 13:3 (2004)144-148. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em [http://www.thepcrj.org/journ/vol13/13\\_3\\_144\\_148.pdf](http://www.thepcrj.org/journ/vol13/13_3_144_148.pdf).
- COFFIELD, A.B. *et al.* – Priorities among recommended clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine*. 21:1 (2001) 1–9.
- COLEMAN, T. – ABC of smoking cessation: use of simple advice and behavioural support. [Em linha]. *British Medical Journal*. 328:14 (2004) 397-399. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.365heart.com/zt/huirui-jy/images/kejian/pdf7.pdf>.
- COLEMAN, T. – Do financial incentives for delivering health promotion counselling work?: analysis of smoking cessation activities stimulated by the quality and outcomes framework. [Em linha]. *BMC Public Health*. 26:10 (2010) 1-6 [Consult. 24 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-167.pdf>.
- COLEMAN, T. – Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. [Em linha]. *Family Practice*. 17 (2000) 422–427. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://fampra.oxfordjournals.org/content/17/5/422.full.pdf+html>.
- COLEMAN, T. *et al.* – Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *British Medical Journal*. 323 (2001) 1-5.
- COLEMAN, T.; CHEATER, F.; MURPHY, E. – Qualitative study investigating the process of giving anti-smoking advice in general practice. *Patient Education and Counseling*. 52:2 (2004) 159-163.
- COLEMAN, T.; MURPHY, E.; CHEATER, F. – Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 50 (2000) 207–210.

- COLEMAN, T.; WILSON, A. – Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *British Journal of General Practice*. 46 (1996) 87-91.
- CONROY, M. B. *et al.* – The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine and Tobacco Research*. 7:S1 (2005a) S29-S34.
- CONROY, M. B. *et al.* – Measuring provider adherence to tobacco treatment guidelines: a comparison of electronic medical record review, patient survey and provider survey. *Nicotine and Tobacco Research*. 7 (S1): (2005b) S35-S43.
- COOK, T.D. – Advanced statistics: up with odds ratios!: a case for odds ratios when outcomes are common. *Academy Emergency Medicine*. 9 (2002) 1430-1434.
- COOKE, M. *et al.* – American medical education 100 years after the Flexner Report. *New England Journal of Medicine*. 355:13 (2006) 1339-1344.
- COOPER, L.T. *et al.* – A prospective case-control study of tobacco dependence in thromboangiitis obliterans (Buerger's Disease). *Angiology*. 57:1 (2006) 73-78.
- CORNUZ, J. *et al.* – Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*. 17:6 (2000) 535-540.
- COSTA, A. D. – Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto: motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 27-38.
- COSTA, J. M. – Aquisição de competências para aplicação do Método clínico centrado no doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19 (2003) 397-404.
- CRANNEY, M. *et al.* – Why do GPs not implement evidence-based guidelines?: a descriptive study. [Em linha]. *Family Practice*. 18:4 (2001) 359-363. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://fampra.oxfordjournals.org/content/18/4/359.full.pdf+html>.
- CROGHAN, E. – Local Stop Smoking Services: service delivery and monitoring guidance 2011/12. London: Department of Health. NHS, 2011.
- CUMMINGS, S. M.; SAVITZ, L. A.; KONRAD, T. R. – Reported response rates to mailed physician questionnaires. [Em linha]. *Health Services Research*. 35:6 (2001) 1347-1355. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089194/pdf/hsresearch00015-0153.pdf>.
- DAVID, A. – Tobacco use: equity and social determinants. In: BLAS, E.; KURUP, A. S. ed. lit. - Social determinants and public health programmes. Geneva: WHO, 2010.
- DAVIES, H.T.O.; CROMBIE, I.K.; TAVAKOLI, M. – When can odds ratios mislead? *British Medical Journal*. 316 (1998) 989– 991.
- DAVIS, K. *et al.* – A 2020 vision of patient-centered primary care. [Em linha]. *Journal of General Internal Medicine*. 20:10 (October 2005) 953–7. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x/pdf>.

- DE PRADE, R. – Histoire du tabac, ou il est traité particulièrement du tabac en poudre. [Em linha]. Paris : Chez M. le Prest, rue de S. Jacques à la Couronne de France, avec privilège du Roy, Juillet 1677. [Consult. 20 Out. 2009]. Disponível em [http://www.google.pt/books?id=xRgOAAAAQAAJ&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_s ummary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://www.google.pt/books?id=xRgOAAAAQAAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_s ummary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
- DECI, E.L.; RYAN, R. M. – The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. [Em linha]. *Psychological Inquiry*. 11:4 (2000) 227-268. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em [http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/2000\\_DeciRyan\\_PIWWhatWhy.pdf](http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/2000_DeciRyan_PIWWhatWhy.pdf)
- DEL MAR, C.; ASKEW, D. – Building family/general practice research capacity. *Annals of Family Medicine*. 2S (2004) 35–40.
- DEMEO, D. L.; SILVERMAN, E. K. –  $\alpha_1$ -Antitrypsin deficiency 2: genetic aspects of  $\alpha_1$ -antitrypsin deficiency: phenotypes and genetic modifiers of emphysema risk. [Em linha]. *Thorax*. 59 (2004) 259–264. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1746953/pdf/v059p00259.pdf>.
- DIAS, A. C. - Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto: motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 27-38.
- DICLEMENTE, C.C.; DELAHANTY, J.C.; FIEDLER, R.M. – The journey of the end of smoking: a personal and population perspective. *American Journal of Preventive Medicine*. 38:3s (2010) S418-S428.
- DIERKER, L. C. *et al.* – Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 159 (2002) 947-953.
- DIFRANZA, J. R. *et al.* – Measuring symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*. 9 (2000) 313-319.
- DOESCHER, M. P.; SAVER, B. G. – Physician’s advice to quit smoking: the glass remains half empty. [Em linha]. *Journal of Family Practice*. 49 (2000) 543–547. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2530>.
- DOLL, R. *et al.* – Mortality in relation to smoking: 40 years’ observations on male British doctors. [Em linha]. *British Medical Journal*. 309 (1994) 901-911. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541142/pdf/bmj00460-0017.pdf>.
- DOLL, R. *et al.* – Mortality in relation to smoking: 50 years’ observations on male British doctors. [Em linha]. *British Medical Journal*. 328 (2004) 1519-1528. [Consult. 15 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/328/7455/1519.full.pdf>.

- DOLL, R., HILL, A. B. – The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. [Em linha]. *British Medical Journal*. 228 (1954) 1451–1455. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.tobacco.neu.edu/box/boekenbox/Journal%20Articles/1954%20Doll%20Mortality%20of%20Doctors%20Prelim.pdf>.
- DOLL, R.; HILL, A. B. A. – Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *British Medical Journal*. 2 (1950) 739-748.
- DOLL, R.; HILL, A. B. A. – Study of the aetiology of carcinoma of the lung. [Em linha]. *British Medical Journal*. 13:2 (1952) 1271–1286. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2022425/pdf/brmedj03472-0009.pdf>.
- DOLL, R.; HILL, A.B. – Lung cancer and other causes of death in relation to smoking: a second report on the mortality of British doctors. [Em linha]. *British Medical Journal*. (1956) 1071-1081. [Consult. 24 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.tobacco.neu.edu/box/boekenbox/Journal%20Articles/1956%20Doll%20Lung%20Cancer%20Other%20Causes.pdf>.
- DOLL, R.; PETO, R. – Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. [Em linha]. *British Medical Journal*. 2(1976) 1525–1536. [24 Nov. 2007] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1690096/pdf/brmedj00549-0007.pdf> 1976.
- DOLL, R.; PETO, R. – The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *Journal of the National Cancer Institute*. 66:6 (1981) 1191-1308.
- DUGAN, et al. – The moral nature of patient-centeredness: is it just the right thing to do? *Patient Education and Counseling*. 62 (2006) 271-276.
- ECKERT, T.; JUNKER, C. – Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? [Em linha]. *Swiss Medical Weekly*. 131 (2001) 521–526. [Consult. 24 Nov. 2007]. Disponível em <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2001/35/smw-09762.PDF>.
- EDWARDS, P. et al. – Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal*. 324: 18 (2002) 324-1185.
- EISENBERG et al. – Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Canadian Medical Journal*. 179:2 (2008) 135-144.
- ELLERBECK, E. F. et al. – Effect of varying levels of disease management on smoking cessation: a randomized trial. [Em linha]. *Annals of Internal Medicine*. 150 (2009) 437-446. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.annals.org/content/150/7/437.full.pdf+html>.
- EMMONS, K. M.; ROLLNICK, S. – Motivational interviewing in health care settings: opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine*. 20:1 (2001) 68-74.

- ENDSLEY, S.; KIRKEGAARD, M.; LINARES, A. – Working together: communities of practice in family medicine. [Em linha]. *Family Practice Management*. 12:1 (2005) 28-32. [Consult. 20 Maio 2011]. Disponível em <http://www.aafp.org/fpm/2005/0100/p28.pdf>.
- ENGEL, G. L. – From biomedical model to biopsychosocial: being scientific in the human domain. *Psychosomatics*. 38 (1997) 521-528.
- ENGEL, G. L. – The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 137 (1980) 535-544.
- ENGEL, G. L. – The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. [Em linha]. *Science*. 196:4286 (1977) 129–136. [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.healtorture.org/files/files/englearticle.pdf>.
- EPSTEIN, R. M. *et al.* – Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science and Medicine*. 61 (2005) 1516-1528.
- ETTER, J-F.; PERNEGER, T. V.; RONCHI, A. – Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Preventive Medicine*. 26 (1997) 580-585.
- EUROPEAN COMMISSION. DIRECTORATE GENERAL HEALTH AND CONSUMERS – Tobacco. [Em linha]. Brussels: Directorate General Health and Consumers, 2010. (Special Eurobarometer; 332/Wave 72.3). [Consult. 28 Dez. 2010]. Disponível em [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf).
- EUROPEAN COMMISSION. DIRECTORATE GENERAL SANCO – Attitudes of Europeans towards tobacco: report. [Em linha]. Brussels: Directorate General SANCO, 2007. (Special Eurobarometer, 272c/Wave 66.2). [Consult. 14 Nov. 2009]. Disponível em [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272c\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_en.pdf).
- EWEN, A.; WEST, R.; PRESTON, A. – Triggering antismoking advice by GPs: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by GPs. *Patient Education and Counseling*. 62 (2006) 89–94.
- FARQUHAR, C. M.; KOFA, E. W.; SLUTSKY, J. R. – Systematic review: clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Medical Journal of Australia*. 177:9 (2002) 502-506.
- FEENSTRA, T. L. *et al.* – Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modelling. *Value in Health*. 8: 3 (2005) 178–190.
- FERGUSON, J. *et al.* – The English smoking treatment services: one-year outcomes. *Addiction*. 100:Suppl. 2 (Apr 2005) 59–69.
- FERGUSON, S. G. *et al.* – Unplanned quit attempts: results from a U.S. sample of smokers and ex-smokers. [Em linha]. *Nicotine and Tobacco Research*. 11:7 (2009) 827-832. [Consult. 28 Dez. 2010]. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/content/282/9/825.full.pdf+html>.



- FERN, E. F. – The use of focus groups for idea generation: the effects of group size, acquaintanceship and moderator on response quantity and quality. [Em linha]. *Journal of Marketing Research*. 19 (1982) 1-13. [Consult. 28 April, 2010]. Disponível em <http://www.uta.edu/faculty/richarme/MARK%205338/Articles/Fern.pdf>
- FERREIRA-BORGES, C. – Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Preventive Medicine*. 41 (2005) 295-302.
- FERREIRA-BORGES, C.; FILHO, H. – Usos, abusos e dependências: tabagismo. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- FERRY, L.; GRISSINO, L.M.; RUNFOLA, P. S. – Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Association*. 282:9 (1999) 825–829.
- FESTINGER, L. – A theory of cognitive dissonance. [Em linha]. Stanford, CA: Stanford University Press. 1957. [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível em [http://books.google.pt/books?id=voeQ-8CASacC&pg=PA211&dq=FESTINGER,+L.+A+theory+of+cognitive+dissonance&hl=pt-pt&ei=H3FOTa60HlaI5Ab5iuWnCQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCQQ6AEwADgo#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=voeQ-8CASacC&pg=PA211&dq=FESTINGER,+L.+A+theory+of+cognitive+dissonance&hl=pt-pt&ei=H3FOTa60HlaI5Ab5iuWnCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCQQ6AEwADgo#v=onepage&q&f=false)
- IORE, M.C. *et al.* – Treating tobacco use and dependence: 2008 update: clinical practice guideline. [Em linha]. Rockville, MD: Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2008. [Consult. 15 Jan. 2009]. Disponível em [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)
- IORE, M.C. *et al.* – Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. [Em linha]. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. USPHS, 2000. [Consult. 14 Jan. 2010]. Disponível em [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)
- IORE, M.C.; KELLER, P.A.; CURRY, S.J. – Health system changes to facilitate the delivery of tobacco-dependence treatment. *American Journal of Preventive Medicine*. 33:6S (2007) S349-S356.
- FISHBEIN, M.; AJZEN, I. – Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research. [Em linha]. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1975. Disponível em <http://www.people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- FLACH, S.D. *et al.* – Does patient-centered care improve provision of preventive services? *Journal of General Internal Medicine*. 19 (2004) 1019-1026.
- FLEXNER, A. – Medical education in the United States and Canada. [Em linha]. New York, NY: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin; 4). [Consult. 2 Set. 2010]. Disponível em [http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf)

- FOUCAULT, M. – O nascimento da medicina social. In: Machado, R., org., trad. - Microfísica do poder. [Em linha]. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 79-98. [Consult. 20 Nov. 2010]. Disponível em <http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/microfisica.pdf>.
- FRAGA, S. *et al.* – Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*. 19:5-6 (2005) 207-229.
- FRANK, E. - Physician health and patient care. *Journal of the American Medical Association*. 291:5 (2004) 637.
- FRANK, E. *et al.* – Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the Women Physicians' Health Study. [Em linha]. *Archives of Family Medicine*. 9 (2000) 359-367. [Consult. 20 Fev. 2010]. Disponível em <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/9/4/359>.
- FRANK, E.; BREYAN, J.; ELON, L. - Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. [Em linha]. *Archives of Family Medicine*. 9:3 (2000) 287-290. [Consult. 20 Abr. 2010]. Disponível em <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/9/3/287>.
- FRATIGLIONI L, WANG H. – Smoking and Parkinson's and Alzheimer's disease: review of the epidemiological studies. *Behavioural Brain Research*. 113 (2000) 117-120.
- FRENCH, M. J. C. – Contributo para a aferição e adaptação das escalas Patient-Practitioner Orientation Scale e Communication Skills Attitude Scale. Lisboa: Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa, 2008. Dissertação de Mestrado integrado em Psicologia.
- FRENK, J. *et al.* – Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 376 (2010)1923–58.
- FREUND, K.M. – Predictors of smoking cessation: the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*. 135:9 (1992) 957-964.
- FU, S. S. *et al.* – Promoting repeat tobacco dependence treatment: are relapsed smokers interested? *American Journal of Managed Care*. 12:4 (2006) 235-243.
- FUJIMOTO, K. *et al.* – Polymorphism of SERPINE2 gene is associated with pulmonary emphysema in consecutive autopsy cases. [Em linha]. *BMC Medical Genetics*. 11 (2010)159. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/11/159#B4>.
- GAHRING, L. C.; ROGERS, S. W. – Neuronal nicotinic acetylcholine receptor expression and function on nonneuronal cells. [Em linha]. *The American Association of Pharmaceutical Scientists Journal*. 7: 4 (2006) E885 - E894. [Consult. 20 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.aapsj.org/articles/aapsj0704/aapsj070486/aapsj070486.pdf>.
- GALVÉZ MUÑOZ, L. – Gender, cigar and cigarettes: technological change and national patterns. In: INTERNATIONAL ECONOMIC HISTORY CONGRESS, 14, Helsinki, Finland, 21-25, August 2006 - Technology, Gender and the Division of Labour: 14<sup>th</sup> Session. [Em linha]. Helsinki, Finland: International Economic History Association, 2006.

- [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.helsinki.fi/iehc2006/papers1/Galvez.pdf>
- GARDNER, M. N., BRANDT, A. M. – The doctors' choice is America's choice: the physician in US cigarette advertisements, 1930–1953. *American Journal of Public Health*. 96 (2006) 222-232. [Consult. 20 Nov. 2009].
- GASPAR, D. – Internato Médico de Medicina Geral e Familiar: quem somos?: o perfil do Médico Interno de Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 23:1 (2010) 039-050. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/1/039-050.pdf>.
- GELLER, A.C. *et al.* – Tobacco cessation and prevention practices reported by second and fourth year students at US medical schools. *Journal of General Internal Medicine*. 23:7 (2008) 1071-1076.
- GÉRVAS, J. *et al.* – Clinical prevention: patients' fear and the doctor's guilt. *European Journal of General Practice*. 15:3 (2009) 122-124.
- GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; HEATH, I. – Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*. 372 (2008) 1997–99.
- GETZ, L.; SIGURDSSON, J.A.; HETLEVIK, I. – Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *British Medical Journal*. 327:30 (2003) 498-500.
- GILBERT, A.; CORNUZ, J. – Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. (Health Evidence Network Report). [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82993.pdf>.
- GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. ed. lit. – Health behavior and health education: theory, research and practice. 3<sup>rd</sup> ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2002.
- GLASGOW, R. E.; EMONT, S.; MILLER, D. C. – Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counselling. *Health Promotion International*. 21:3 (2006) 245-255. [Consult. 20 Nov. 2009].
- GOLAFSHANI, N. – Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*. 8:4 (2003) 597-607.
- GOLDSTEIN, M. G. *et al.* – A population-based survey of physician smoking cessation counselling practices. *Preventive Medicine*. 27 (1998) 720-729.
- GOLDSTEIN, M. G. *et al.* – Models for provider-patient interaction: applications to health behaviour change. In: SHUMAKER, S.A. *et al.*, ed lit. – The handbook of health behavior change. 2.<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company, 1998. 107-126.
- GORDON, G.H. – Defining the skills underlying communication competence. *Seminars in Medical Practice*. 5:3 (2002) 21-28. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://www.turner-white.com/pdf/smp\\_sep02\\_skills.pdf](http://www.turner-white.com/pdf/smp_sep02_skills.pdf).

- GORIN, S. S.; HECK, J. E. – Meta-analysis of the efficacy of tobacco counselling by health care providers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 13:12 (2004) 2012-2022.
- GOTLIEB, N. H. *et al.* – Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counselling for tobacco cessation. *Journal of the American Board of Family Practice*. 14 (2001) 343-351.
- GRAÇA, L. - A satisfação profissional dos médicos de família no SNS: Parte I. [Em linha]. Lisboa: ENSP.UNL, 2000. (Textos sobre saúde e trabalho; 27). [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos27.html>.
- GRANDES, G. *et al.* – Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible?: discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. [Em linha]. *BMC Health Services Research*. 8:213 (2008) 1-12 [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577098/pdf/1472-6963-8-213.pdf>.
- GRANDES, G. *et al.* - Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. [Em linha]. *British Journal of General Practice*. 53 (2003) 101–107. [Consult. 20 Set. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314508/pdf/12817354.pdf>.
- GRANDES, G.; CORTADA, J.M.; ARRAZOLA, A. – An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. [Em linha]. *British Journal of General Practice*. 50 (2000) 803-807. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313821/pdf/11127170.pdf>.
- GREEN, L. A. *et al.* – Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health*. 30 (2009) 151-174.
- GREEN, L. A. *et al.* – Redesigning primary care practice to incorporate health behavior change: prescription for health round-2 results. *American Journal of Preventive Medicine*. 35 : 5 Suppl. (2008) S347-349.
- GREEN, L. W., KREUTER, M. W. – Health promotion planning: an educational and ecological approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 1991.
- GREENLAND, S. – Avoiding power loss associated with categorization and ordinal scores in dose-response and trend analysis. *Epidemiology*. 6:4 (1995) 450-454. [Consult. 20 Jan. 2010].
- GRIFFIN, S. J. *et al.* – Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*. 2:6 (2004) 595-608.
- GRIMES, D. A.; SCHULTZ, K. F. – Making sense of odds and odds ratios. *Obstetrics and Gynecology*. 111:2 part 1 (2008) 423 – 426.
- GROL, R. *et al.* – Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice*, 16:1 (1999) 4-11.

- GROL, R.; GRIMSHAW, J. – From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. 362 (2003) 1225–30.
- GROSS, B. *et al.* – Reasons for not using smoking cessation aids. [Em linha]. *BMC Public Health*. 8 (2008) 129–136. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-129.pdf>.
- GUERRINI, I. A.; SPAGNUOLO, R.S. – Chaos and complexity: new practices for an emergent concept of family health in a Brazilian experience. [Em linha]. *Emergence: Complexity & Organization*. 6:4 (2004) 83-90. [Consult. 20 Set. 2010]. Disponível em [http://emergentpublications.com/eco/ECO\\_other/Issue\\_6\\_4\\_9\\_FM.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1](http://emergentpublications.com/eco/ECO_other/Issue_6_4_9_FM.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1).
- GÜNTHER, H. – Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia : Teoria e pesquisa*. 22:2 (2006) 201-210.
- HAIDET, P.; STEIN, H. F. – The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians: the hidden curriculum as process. [Em linha]. *Journal of General Internal Medicine*. 21:S1 (2006 January) S16–S20. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484835/>.
- HAIRE-JOSHUA, D.; GLASGOW, R. E.; TIBBS, T.L. – Smoking and diabetes: technical review. *Diabetes Care*. 22:11 (1999) 1887-1899.
- HAJJAR, I. *et al.* – Association of primary care provider's health habits with lifestyle counseling to hypertensive elderly patient: results of a national survey. [Em linha]. *Californian Journal of Health Promotion*. 4-4 (2006) 114-122. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.csuchico.edu/cjhp/4/4/114-122-hajjar.pdf>.
- HARTMANN, K. E. *et al.* – Physicians taught as residents to conduct smoking cessation intervention: a follow-up study. *Preventive Medicine*. 39 (2004) 344-350.
- HEATH, I. – Person-centered prevention and health promotion. *International Journal of integrated care*. 10 (2010) 92- 93.
- HEATH, I. – Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canadian Family Physician*. 51 (2005) 1320-1322.
- HECHT, J. *et al.* – Motivational interviewing in community based research: experiences from the field. *Annals of Behavioral Medicine*. 29:Suppl (2005) 29-34.
- HECHT, S.S. – Tobacco carcinogens, their biomarkers and tobacco-induced cancer. *Nature Reviews. Cancer*. 3:10 (2003) 733-744.
- HESPANHOL, A. P. *et al.* – Educação para a saúde e prevenção na consulta de medicina geral e familiar - I. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25:3 (2009) 236-41.
- HESPANHOL, A. P.; COUTO, L.; MARTINS, C. – Medicina preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24 (2008) 49-64.

- HESPANHOL, A. P.; SOUSA PINTO, C.P.A. – Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 16 (2000) 183-99.
- HIPPOCRATES – Aphorisms by Hippocrates 400 b C. [Em linha]. Adelaide: eBooks@Adelaide. Library University of Adelaide. The University of Adelaide, 2007. Translated by Francis Adams. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://ebooks.adelaide.edu.au/h/hippocrates/aphorisms/>.
- HIRAYAMA, T. – Cancer mortality in non-smoking women with smoking husbands based on a large-scale cohort study in Japan. *Preventive Medicine*. 13 (1984) 680-690.
- HIRAYAMA, T. – Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*. 282 (1981) 183-185.
- HOFFMANN, D.; HOFFMANN, I. – The changing cigarette: chemical studies and bioassays. In: National Cancer Institute – Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services. National Cancer Institute, 2001. (Smoking and Tobacco Control Monograph; 13).
- HOPKINS, D.P. *et al.* – Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*. 20:2s (2001) 16-66.
- HUGHES, J.R. – Motivating and helping smokers to stop smoking. [Em linha]. *Journal of General Internal Medicine*. 18 (2003) 1053–1057. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494968/pdf/jgi\\_20640.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494968/pdf/jgi_20640.pdf).
- HUGHES, J.R.; KEELY, J.; NAUD, S. – Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 99 (2004) 29–38.
- HULSCHER, M.E.J.L. *et al.* – Barriers to preventive care in general practice: the role of organizational and attitudinal factors. [Em linha]. *British Journal of General Practice*. 47 (1997) 711-714. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/2066/25348/1/25348.PDF>.
- HUMMERS-PRADIER, E. *et al.* – Simply no time?: barriers to GPs' participation in primary health care research. [Em linha]. *Family Practice*. 25:2 (2008) 105-112. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://fampra.oxfordjournals.org/content/25/2/105.full>.
- HYMAN, S. E.; MALENKA, R.C. – Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nature Reviews, Neuroscience*. (2001) 695-703.
- IARC – Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. May 2004. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; 83).

- IARC – Tobacco smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization 1986. (Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; 38).
- INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1, Ottawa, 17-21 November – Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986. (WHO/HPR/HEP/955.1).
- JAÉN, C. R. *et al.* – Making time for tobacco cessation counseling. *Journal of Family Practice*. 46 (1998) 425-428.
- JAÉN, C.R. *et al.* – Missed opportunities for prevention: smoking cessation counselling and the competing demands of practice. *Journal of Family Practice*. 45 (1997) 348–54.
- JAÉN, C.R. *et al.* – Tailoring tobacco counselling to the competing demands in the clinical encounter. *The Journal of Family Practice*. 50:10 (2001) 859-863.
- JAMIESON, S. – Likert scales: how to (ab)use them. [Em linha]. *Medical Education*. 38 (2004) 1217-1218. [Consult. 4 Ago. 2010]. Disponível em <http://gate.ac.uk/sale/dd/statistics/1LikertScales.pdf>.
- JANZ, N. K.; BECKER, M. H. – The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*. 11:1 (1984) 1- 47.
- JANZ, N. K.; CHAMPION, V.L.; STRECHER, V.J – The health belief model. In GLANZ, K.; RIMER, B.K. LEWIS, F.M., ed lit. - Health behaviour and health education. 3<sup>rd</sup> ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2002.
- JARVIS, M. J. – ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*. 328 (2004) 277-279.
- JARVIS, M.J. *et al.* – Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *British Medical Journal*. 326:17 (2003) 1061-1066.
- JICK, T. D. – Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*. 24: 4 (1979) 602-611.
- JIWA, M. *et al.* – Communities of practice: quality improvement or research in general practice. [Em linha]. *Australian Family Physician*. 40:1/2 (2011) 72-75. [Consult. 27 Março 2011]. Disponível em <http://www.racgp.org.au/afp/201101/201101jiwa.pdf>.
- JONES, A. *et al.* – Building research capacity: an exploratory model of GPs' training needs and barriers to research involvement. *Australian Family Physician*. 32:11(2003) 955-958.
- JOENBY, D. E. *et al.* – Efficacy of varenicline, an  $\alpha_4\beta_2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 296:1 (2006) 56-63. [Consult. 27 Nov. 2009].
- JOSSERAN, L. C. *et al.* – Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *European Journal of Public Health*. 15:1 (2005) 33-38.

- JOSSERAN, L. *et al.* – Smoking behaviour and opinions of French general practitioners. [Em linha]. *Journal of the National Medical Association*. 92:8 (2000) 382-390. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2608614/pdf/jnma00344-0044.pdf>.
- JOWETT, S.M. *et al.* – Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. *British Journal of General Practice*. 50 (2000) 387-389.
- KANER, E. F. S.; HAIGHTON, C. A.; MCAVOY, B. R. – “So much post, so busy with practice so, no time!”: a telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. [Em linha]. *British Journal of General Practice*. 428 (1998) 1067-1069. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1410021/pdf/brjgenprac00088-0033.pdf>.
- KANNEL, B. W.; GORDON, T. – Evaluation of cardiovascular risk in the elderly: the Framingham study. [Em linha]. *Bulletin of New York Academy of Medicine*. 54:6 (1978). [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1807497/pdf/bullnyacadmed00131-0033.pdf>.
- KANNEL, W.B. *et al.* – Precursors of sudden coronary death factors related to the incidence of sudden death. [Em linha]. *Circulation*. 51 (1975) 606-613. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/51/4/606>.
- KAPLAN, S.H. *et al.* – Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*. 33 (1995) 1176–1187.
- KAPOOR, D.; JONES, T. H. – Smoking and hormones in health and endocrine disorders. *European Journal of Endocrinology*. 152 (2005) 491-499.
- KAREN, E.A., *et al.* – A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. [Em linha]. *Canadian Medical Association Journal*. 179:3 (2008) 245-252. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/179/3/245>.
- KAUFMAN, N.; NICTHER, M. – The marketing of tobacco to women. In: SAMET, J. M.; YOON, S. ed. lit. – Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21<sup>st</sup> century. [Geneva]: World Health Organization. Institute for Global Tobacco Control. Johns Hopkins School of Public Health, 2001. 69-98.
- KEATING, C. – Smoking kills: the revolutionary life of Richard Doll: the authorized biography. Oxford: Signal Books, 2009.
- KELLER, P. A. *et al.* – Systems change to improve health and health care: lessons from addressing tobacco in managed care. [Em linha]. *Nicotine & Tobacco Research*. 7: 1 (2005) S5–S8. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://www.rwjf.org/files/research/7-suppl-5\\_ntr58434.pdf](http://www.rwjf.org/files/research/7-suppl-5_ntr58434.pdf).



- KELLERMAN, S. E.; HEROLD, J. – Physician response to surveys: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*. 20 (2001) 61-67.
- KICKBUSCH, I.S. – Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*. 16:3 (2001) 289- 297.
- KINNERSLEY *et al.* – The patient-centeredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice*. 49 (1999) 711-716.
- KITZINGER J. – Qualitative research: introducing focus groups. *British Medical Journal*. 311 (1995) 299-302.
- KLEIN, S. M. *et al.* – Use of flavoured cigarettes among older adolescent and adult smokers: United States, 2004–2005. *Nicotine & Tobacco Research*. 10:7 (2008) 1209–1214.
- KNAPP, T. R. – Treating ordinal scales as interval scales: an attempt to resolve the controversy. [Em linha]. *Nursing Research*. 39:2 (1990) 121-123 [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://www.mat.ufrgs.br/~viali/estatistica/mat2282/material/textos/treating\\_ordinal\\_scales%5B1%5D.pdf](http://www.mat.ufrgs.br/~viali/estatistica/mat2282/material/textos/treating_ordinal_scales%5B1%5D.pdf).
- KOSSLER, W.; LANZENBERGER, M.; ZWICK H. – Smoking habits of office-based general practitioners and internists in Austria and their smoking cessation efforts. [Em linha]. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 114: 17-18 (Sep 2002) 762-765. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12416280>.
- KOTZ, D.; WEST, R. - Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*. 18 (2009) 43-46.
- KRUPAT, E. *et al.* – Can changes in the principal clinical year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? [Em linha]. *Academic Medicine*. 84: 5 (2009) 582-586. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/05000/Can\\_Changes\\_in\\_the\\_Principal\\_Clinical\\_Year\\_Prevent.14.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/05000/Can_Changes_in_the_Principal_Clinical_Year_Prevent.14.aspx).
- KRUPAT, E. *et al.* – Matching patients and practitioners based on beliefs about care: results of a randomized controlled trial. [Em linha]. *American Journal of Managed Care*. 10 (2004) 814-822. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em [http://www.ajmc.com/media/pdf/AJMC\\_04novKrupat814to22.pdf](http://www.ajmc.com/media/pdf/AJMC_04novKrupat814to22.pdf).
- KRUPAT, E. *et al.* – The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education Counseling*. 39 (2000) 49-59.
- KRUPAT, E. *et al.* - When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal of Family Practice*. 50 (2001) 1057-1062.
- KRUPAT, E., YEAGER, C. M., PUTNAM, S. – Patient role expectations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health*. 15 (2000) 707-719.
- KUSMA, B. *et al.* – Berlin's medical students' smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counselling. [Em linha]. *Journal of Occupational*

- Medicine and Toxicology*. 5: 9 (2010) 1-10. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.occup-med.com/content/pdf/1745-6673-5-9.pdf>
- LAI, D. T. C. *et al.* – Motivational interviewing for smoking cessation. [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010. 1:CD 006936. [Consult. 2 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD006936.pdf>
- LAINE, C.; DAVIDOFF, F. – Patient- centered medicine: a professional evolution. *Journal of the American Medical Association*. 275 (1996) 152-156.
- LAMBE, E.K.; PICCIOTTO, M.R.; AGHAJANIAN, G.K. – Nicotine induces glutamate release from thalamocortical terminals in prefrontal cortex. [Em linha]. *Neuropsychopharmacology* (2003) 28, 216–225. [Consult. 20 Set. 2009]. Disponível em <http://www.nature.com/npp/journal/v28/n2/pdf/1300032a.pdf>.
- LANCASTER T, STEAD LF. – Physician advice for smoking cessation. [Em linha]. *The Cochrane Library*. 3 (2006). [Consult. 20 Nov. 2009] Disponível em [http://www.lsuhschools.org/cmo/hcet/Tobacco/CE/Physician advice for smoking cessation.pdf](http://www.lsuhschools.org/cmo/hcet/Tobacco/CE/Physician%20advice%20for%20smoking%20cessation.pdf)
- LARSON, E. B.; YAO, X. – Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. [Em linha]. *Journal of the National Medical Association*. 239:9 (2005) [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://Journal of the American Medical Association.ama-assn.org/content/293/9/1100.full.pdf+html](http://Journal%20of%20the%20American%20Medical%20Association.ama-assn.org/content/293/9/1100.full.pdf+html).
- LAVIOLETTE, S. R.; KOOY, D. – The neurobiology of nicotine addiction: bridging the gap from molecules to behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 5 (2004) 55-65.
- LAWRENCE, R.S. – The role of physicians in promoting health. *Health Affairs*. (Summer 1990) 122-132.
- LAWS, R. A. *et al.* – "Should I and Can I?": a mixed methods study of clinician beliefs and attitudes in the management of lifestyle risk factors in primary health care. *BMC Health Services Research*. 8:44 (2008) 1-10.
- LAWSON, P. J.; FLOCKE, S. A. CASUCCI, B. – Development of an instrument to document the 5A's for smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine*. 37:3 (2009) 248-254.
- LE FOLL, B.; GEORGE, T. P. – Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. [Em linha]. *Canadian Medical Association Journal*. 177:11 (2007) 1373-80. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072983/pdf/20071120s00019p1373.pdf>.
- LEI 37/2007. D.R., I.ª Série. 156 (14.08.2007) 5277- 5285 – Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

- LEONG, S. L. *et al.* – Tobacco world: evaluation of a tobacco cessation training program for third-year medical students. *Academic Medicine*. 83:10 Supplement (2008) S25-S28.
- LERMAN, C. E.; SCHNOLL, R. A.; MUNAFÒ, M. R. – Genetics and smoking cessation: improving outcomes in smokers at risk. *American Journal of Preventive Medicine*. 33:6S (2007) 398-405.
- LEVIN, M.I.; GOLDSTEIN, H.; GERHARDT, P.R. – Cancer and tobacco smoking. *Journal of the American Medical Association*. 143 (1950) 336-338.
- LI, H. Z. *et al.* – Cigarette smoking and anti-smoking counseling: dilemmas of Chinese physicians. *Health Education*. 107: 2 (2007) 192-207.
- LIMA, F. C.; RIBEIRO, C. – Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24 (2008) 317-322.
- LIMA, M.L.P. – Atitudes. In: VALA, J.; MONTEIRO, M.B., coord. – *Psicologia social*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
- LITAKER, D. *et al.* – Using complexity theory to build interventions that improve health care: delivery in primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 21 (2006) S30–34.
- LITT, J. – How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient. *Australian Family Physician*. 31 (2002) 1087-94.
- LITT, J. – Smoking and GPs: time to cough up: successful interventions in general practice *Australian Family Physician*. 34:6 (2005) 425-429.
- LITTLE, J.; CARDY, A.; MUNGER, R.G. – Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. [Em linha]. *Bulletin of the World Health Organization*. 82:3 (March 2004) 213-218. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v82n3/v82n3a11.pdf>.
- LITTLE, P. *et al.* – Preferences of patients for centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*. 322 (2001) 468-472.
- LOPEZ, A. D.; COLLISHAW, N.E.; PIHA, T. – A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 3 (1994) 242-247.
- LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina, 2010.
- LOWN, B.A. *et al.* – Caring attitudes in medical education: perceptions of deans and curriculum leaders. *Journal of General Internal Medicine*. 22:11 (2007) 1514–1522.
- MACHADO, A. NICOLAU, R.; DIAS, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.
- MACINTOSH H.; COLEMAN, T. – Characteristics and prevalence of hardcore smokers attending UK general practitioners. [Em linha]. *BMC Family Practice*. 7:24 (2006) 1-5. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1450291/pdf/1471-2296-7-24.pdf>.

- MAESHIRO, R. *et al.* – Medical education for a healthier population: reflections on the Flexner Report from a public health perspective. [Em linha]. *Academic Medicine*. 85: 2 (2010) 211-219. [Consult. 2 Jan. 2011]. Disponível em <https://www.aamc.org/download/64928/data/reflectionsonflexnerphperspective.pdf.pdf>
- MAGALHÃES, E.; PÁDUA, J.M.; MIGUEL, J.P. – Hábitos tabágicos da população portuguesa 1996/97. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, 1996. (Prevenção do Tabagismo. Caderno 4).
- MALIK, S. *et al.* – Maternal smoking and congenital heart defects. [Em linha]. *Pediatrics*. 121 (2008) e810-e816 [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/121/4/e810>.
- MARÔCO, J. – Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS). Lisboa: ReportNumber, 2010.
- MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? : questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 4:1 (2006) 65-90.
- MARTINS, A. - Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. [Em linha]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 8:14 (Set.2003 - Fev.2004) 21-32. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a02.pdf>.
- MAS, F. G. S. *et al.* – Correlates of tobacco cessation counseling among Hispanic physicians in the US: a cross-sectional survey study. [Em linha]. *BMC Public Health*. 8:5 (2008): 1-8. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-5.pdf>.
- McAVOY, B. R.; KANER, E.F.S. – General practice postal surveys: a questionnaire too far? [Em linha]. *British Medical Journal*. 313 (1996) 732-733. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352115/pdf/bmj00560-0044.pdf>.
- McBRIDE, C. M.; EMMONS, K.M.; LIPKUS, M. – Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education and Research. Theory, Research and Practice*. 18:2 (2003) 156–170.
- McEWEN, A.; AKOTIA, N.; WEST, R. – General practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction*. 96:7 (2001) 997-1000.
- McEWEN, A.; WEST, R. – Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. [Em linha]. *Tobacco Control*. 10 (2001) 27. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763978/pdf/v010p00027.pdf>.
- McEWEN, A.; WEST, R.; PRESTON, A. – Triggering anti-smoking advice by GPs: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by GPs. *Patient Education and Counseling*. 62:1(2006) 89-94.

- McLLVAIN, H. E. *et al.* – Physician attitudes and the use of office-based activities for tobacco control. *Family Medicine*. 34:2 (2002) 114-119.
- McNEILL A. – Smoking and mental health: a review of the literature. London: Smoke Free London Programme, 2001.
- McWHINNEY I. R. – The evolution of clinical method. In: STEWART, M. *et al.* - Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2<sup>nd</sup> ed. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press, 2003.
- McWHINNEY, I.R.; FREEMAN, T. – Manual de medicina de família e comunidade. 3.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MEAD, N.; BOWER, P. – The patient-centredness: a conceptual framework and review of the literature. [Em linha]. *Social Science and Medicine*. 51 (2000) 1087-1110. [Consult. 25 Set. 2009]. Disponível em [http://med.over.net/javne\\_datoteke/novice/datoteke/312-reading25cPatientcentrednesscaconceptualcframework1.pdf](http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/312-reading25cPatientcentrednesscaconceptualcframework1.pdf).
- MEDEIROS, J. A. S.; MARQUES, M.P.G.S.; GOULÃO, J.M.C. – Inquérito aos hábitos tabágicos de médicos do Hospital da Universidade de Coimbra. *Coimbra Médica*. 3:5 (1982) 341-347.
- MEREDITH, L. S. *et al.* – Primary care provider attitudes are associated with smoking cessation counseling and referral. *Medical Care*. 43:9 (2005) 929-934.
- MIDDLETON, J.F. – The exceptional potential of the consultation revisited. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 39 (September 1989) 383-386.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. – Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York, NY: The Guilford Press, 1991.
- MILLET, C. *et al.* – Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. *Tobacco control*. 15 (2006) 136-139.
- MILLS, C. A.; PORTER, M. M. – Tobacco smoking habits and cancer of the mouth and respiratory system. *Cancer Research*. 10 (1950) 539-542.
- MOLD, J. W.; PETERSON, K. A. – Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement. *Annals of Family Medicine* 3:Suppl 1 (2005) S12-S20.
- MONARDES, N. - Primera y segunda y tercera partes de la historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Índias Occidentales, que firuen en Medicina. Tratado de la Piedra Bezaar, de la yerua escuerçonera. Diálogo de las grandezas del hierro, y de sus virtudes medicinales. Tratado de la nieue y del beuer frio. [Em linha]. Sevilha: Casa de Alonso Escriuano, 1574. [Consult. 21 Nov. 2010]. Disponível em [http://books.google.pt/books?id=pEHeQNiTzA0C&printsec=frontcover&source=gbs\\_atb#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=pEHeQNiTzA0C&printsec=frontcover&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false).
- MONARDES, N. – Primera y segunda y tercera partes de la historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Índias Occidentales, que firuen en Medicina. Tratado de la piedra

- Bazaar, de la yerva escuerçonera. Diálogo de las grandezas del hierro, y de sus virtudes medicinales. Tratado de la nieve y del beuer frio. [Em linha]. Sevilha: Casa de Fernando Diaz, 1580. [Consult. 21 Nov. 2010]. Disponível em [http://books.google.pt/books?id=BMiaWiCqFCMC&printsec=frontcover&dq=editions:BMiaWiCqFCMC&hl=pt-PT&ei=o0CnTlyPNlyYOoLN-bwM&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC0Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=BMiaWiCqFCMC&printsec=frontcover&dq=editions:BMiaWiCqFCMC&hl=pt-PT&ei=o0CnTlyPNlyYOoLN-bwM&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC0Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false).
- MONARDES, N. - Segunda parte de la historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Índias Occidentales, que firuen en Medicina. Do se trata del Tabaco, y de la Sassafras: y del Carlo Sancto, y de otras muchas Yeruas y plantas, simientes, y licores: p agora nuevamente han venido de aquellas partes, de grandes virtudes, y maravillosos effectos. [Em linha]. Sevilha: Casa de Alonso Escriuano, 1571. [Consult. 2 Nov. 2010]. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=yP19XmWVSMwC&printsec=frontcover&dq=related:OCLC312509858#v=onepage&q&f=false>.
- MÓNICA, M. F. – O tabaco e o poder: 100 anos da Companhia dos Tabacos de Portugal. Lisboa: Cotapo/Quetzal Quetzal Editores, 1992.
- MONTAÑO D. E.; KASPRZYK, D. – The theory of reasoned action and the theory of planned behaviour. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. ed.lit. – Health behavior and health education : theory, research and practice. 3<sup>rd</sup> ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2002.
- MORETTI-PIRES, R. O. – Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 13:30 (2009) 153-166.
- MOTA, L. C. – Consumo de tabaco e suas implicações sobre saúde em Portugal. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. 11 (1986) 45-67.
- MOURA, M. S. – A dimensão afectiva e relacional da medicina geral e familiar. In: ALVES, M. V.; RAMOS, V., coord. – Medicina geral e familiar: 20 anos: da vontade. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Mvaintent livros, 2003.
- NAKAJIMA, M.; KUROIWA, Y.; YOKOI, T. – Interindividual differences in nicotine metabolism and genetic polymorphisms of human CYP2A6. *Drug Metabolism Reviews*. 34:4 (2002) 865-877.
- NELSON, G. A. *et al.* – Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *Journal of the American Medical Association*. 271 (1994) 1273–1275.
- NESTLER, E. J. – From neurobiology to treatment: progress against addiction. *Nature Neuroscience Supplement*. 5 (2002) 1076-1079.
- NEWTON, W. P. – Improving performance in prevention, 2008. [Em linha]. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 21:14 (July–August 2008) 258-260. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.jabfm.org/cgi/reprint/21/4/258>.

- NICHOLSON, J. M. *et al.* – Patient recall versus physician documentation in report of smoking cessation counselling performed in the inpatient setting. *Tobacco Control*. 9 (2000) 382-388.
- NOAR, S. M.; ZIMMERMAN, R. S. – Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? [Em linha]. *Health Education Research: Theory and Practice*. 20:3 (2005) 275-290. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://www.columbia.edu/itc/hs/pubhealth/p6728/2007/Class\\_4\\_Noar.pdf](http://www.columbia.edu/itc/hs/pubhealth/p6728/2007/Class_4_Noar.pdf)
- NOMIKOS, G. G. *et al.* – Role of  $\alpha 7$  nicotinic receptors in nicotine dependence and implications for psychiatric illness. *Behavioural Brain Research*. 113 (2000) 97-103.
- NORMAN, G. – Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. [Em linha]. *Advances in Health Science Education*. 15 (2010) 625-632. [Consult. 9 Agost. 2010]. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/p11l562668125341/fulltext.pdf>.
- NUNES, E. – Consumo de tabaco: efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 225-244.
- NUNES, E. *et al.* – Programa-tipo de cessação tabágica. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Gradiva, 2008.
- NUNES, J. M. N. – Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care, 2007.
- O’LOUGHLIN, J. *et al.* – Gender differences among general practitioners in smoking cessation counseling practices. *Preventive Medicine*. 45 (2007) 208-214.
- OCHSNER, A.; DeBAKEY, M. – Primary pulmonary malignancy: treatment by total pneumonectomy: analysis of 79 collected cases and presentation of 7 personal cases. [Em linha]. *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*. 68 (1939) 435–451. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.tobacco.neu.edu/box/boekenbox/Journal%20Articles/1939%20Ochsner.pdf>.
- OCKENE, I. S.; MILLER, N. H. for the American Heart Association Task Force on Risk Reduction – Cigarette smoking, cardiovascular disease and stroke. *Circulation*. 96 (1997) 3243-3247.
- OCKENE, J. K. – Primary care-based smoking interventions. *Nicotine & Tobacco Research*. 1 (1999) S189-S193.
- OCKENE, J.; ZAPKA, J.G. – Physician-based smoking intervention: a rededication to five-step strategy to smoking research. *Addictive behaviors*. 22:6 (1997) 835-848.
- OCKENE, J.; ZAPKA, J.G. – Provider education to promote implementation of clinical practice guidelines. *Chest*. 118:2 (2000) 33s-39s.
- OHIDA, T. *et al.* – Smoking prevalence and attitudes towards smoking among Japanese Physicians. *Journal of the American Medical Association*. 285:20 (2001) 2643- 2648.
- OLMEN, J. *et al.* – Primary Health Care in the 21st century: primary care providers and people’s empowerment. [Em linha]. *Tropical Medicine and International Health*. 15:4

- (2010) 386 – 390. [Consult. 20 Nov. 2010]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2010.02475.x/pdf>
- O'LOUGHLIN, J, *et al.* – Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Preventive Medicine*. 33 (2001) 627-638.
- ONG, E.; GLANTZ, S.A. – Hirayama's work has stood the test of time. [Em linha]. *Public Health Classics. Bulletin of the World Health Organization*. 78:7 (2000) 938-939. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v78n7/v78n7a12.pdf>
- OUTEIRINHO, C. – Internato Complementar de Clínica Geral na Zona Norte: uma década. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 21 (2005) 69-78.
- PAGLIOSA, F. L.; RÓS, M. A. D. – O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. [Em linha]. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 32:4 (2008) 492 – 499. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>
- PARCHMAN, M; BURGE, S.K. – The patient-physician, primary care attributes, and preventive services. *Family Medicine*. 36:1 (2004) 22 – 27.
- PARK, E. *et al.* – The development of a decisional balance measure of physician smoking cessation interventions. *Preventive Medicine*. 33 (2001) 261-267.
- PARK, E. R. *et al.* – Assessing the transtheoretical model of change constructs for physicians counselling smokers. *Annals of Behavioral Medicine*. 25:2 (2003) 120-126.
- PEABODY, F.W. - The care of the patient. *Journal of the American Medical Association*. 88:12 (1927) 877-882.
- PEACE, K. E.; PARRILLO, A. V.; HARDY, C. J. – Assessing the validity of statistical inferences in public health research: an evidence-based, 'best practices' approach. [Em linha]. *Journal of the Georgia Public Health Association*. 1:1 (2008) 10-23. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://faculty.mercer.edu/thomas\\_bm/documents/jgpha/documents/Archive/Pace,%20Statistical%20Inferences,%202008.pdf](http://faculty.mercer.edu/thomas_bm/documents/jgpha/documents/Archive/Pace,%20Statistical%20Inferences,%202008.pdf).
- PEARCE, N. – Effect measures in prevalence studies. *Environmental Health Perspectives*. 112:10 (2004) 1047-1050.
- PELLS, R. J.; BOR, D. H.; LAWRENCE, R. S. – Decision making for introducing clinical preventive services. *Annual Review of Public Health*. 10 (1989) 363-383.
- PENDLETON, D. *et al.* - A consulta: uma abordagem à aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 1993.
- PETO, R. *et al.* - Mortality from smoking in developed countries 1950–2000: Portugal. 2<sup>nd</sup> ed. revised ed. June 2006. [Em linha]. Oxford: Clinical Trial Unit. University of Oxford, 2006. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/C4240.pdf>.
- PETO, R. *et al.* - Mortality from smoking worldwide. [Em linha]. *British Medical Bulletin*. 2:1 (1996) 12-21. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://bmb.oxfordjournals.org/content/52/1/12.full.pdf>.



- PIERCE, J. P.; GILPIN, E. - Trends in physicians' smoking behavior and patterns of advice to quit smoking and tobacco control. In: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NIH. NATIONAL CANCER INSTITUTE - Tobacco and the clinician: interventions for medical and dental practice. [Em linha]. Bethesda, Maryland: National Cancer Institute. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services, 1994. (Monograph; 5). [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/5/m5\\_complete.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/5/m5_complete.pdf).
- PILNICK, A.; COLEMAN, T. - "I'll give up smoking when you get me better": patients' resistance to attempts to problematise smoking in general practice (GP) consultations. *Social Science and Medicine*. 57 (2003) 135-145.
- PINTO, D.; CORTE-REAL, S.; NUNES, J.M. - Atividades preventivas e indicadores: quanto tempo sobra? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 26 (2010) 455-464.
- PLACZEC, M. *et al.* - Tobacco smoke is phototoxic. *British Journal of Dermatology*. 150 (2004) 991-993.
- PLSEK, P. E.; WILSON, T. - Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *British Medical Journal*. 323:29 (2001) 746-749.
- POIRIER, M. K. *et al.* - Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. [Em linha]. *Mayo Clinic Proceedings*. 79 (2004) 327-331. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/79/3/327.full.pdf>.
- POLLAK, K. I. *et al.* - Estimated time spent on preventive services by primary care physicians. [Em linha]. *BMC Health Services Research* 8:245 (2008) 1-7. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-245.pdf>.
- PORTUGAL. MS. ACSS. MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados: cálculo de indicadores de desempenho: critérios a observar na sua implementação. [Em linha]. Lisboa: Missão para os cuidados de saúde primários. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde. Setembro, 2009. [Consult. 10 Abril 2011]. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/calculo%20indicadores\\_2009.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/calculo%20indicadores_2009.pdf).
- PORTUGAL. MS. DGS. – Avaliação intercalar do impacte da nova legislação de prevenção do tabagismo (Lei 37/2007, de 14 de Agosto): relatório 31 de Dezembro de 2009. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2009. (INFOTABAC, Dezembro de 2009). [Consult. 21 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012662.pdf>.
- PORTUGAL. MS. DGS; PORTUGAL, MS. INSA – Relatório INFOTABAC. Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do tabaco. Avaliação da Lei do Tabaco em Portugal 2008-2010. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de

- Saúde Ricardo Jorge, 2011. [Consult. 21 Junho de 2011] Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/5/default.aspx?pl=&id=5516&acess=0>
- PORTUGAL. MS. DGS – Programa-tipo de Cessação Tabágica. Lisboa : Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde, 2007. (Circular Normativa; 26/DSPPS).
- PORTUGAL. MS. INSA – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia, 2009.
- PORTUGAL. ORDEM DOS MÉDICOS – Estatísticas nacionais : distribuição por especialidade, idade e sexo: 2009. *Portal Oficial da Ordem dos Médicos*. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em [https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats\\_medicos&type=1&ano=2009](https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats_medicos&type=1&ano=2009).
- PORTUGAL. PORDATA - Saúde: recursos humanos: médicos por especialidade: médicos: não especialistas e especialistas por especialidade. *Pordata: Base de Dados Portugal Contemporâneo*. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://www.pordata.pt/azap\\_runtime/?n=4](http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4).
- PRAHBAT,J.; CHALOUPKA, F.J. – Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 1999. (World Bank Publications).
- PROCHASKA, J. O. *et al.* – Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*. 13:1 (1994) 39-46.
- PROCHASKA, J. O. VELICER, W. – The transtheoretical model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion*. 12:1 (1997) 38-48.
- PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J.C.; DICLEMENTE; C.C. – Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York, NY: Avon Books, Inc., 1994.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C.C. – Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 19:3 (1982) 276-288.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C.C. – Stages and processes of self changes in smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 51 (1983) 390-395.
- PULLAN, R. D. *et al.* – Transdermal nicotine for active ulcerative colitis. *New England Journal of Medicine*. 330 (1994) 811-815.
- PUSKA, P. M. J. *et al.* – The participation of health professionals in a smoking-cessation programme positively influences the smoking cessation advice given to patients. [Em linha]. *International of Journal Clinical Practice*. 59:4 (2005) 447– 452. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em

- <http://www.seeph.pro.mcg.pl/files/Resources%20Articles/Health%20Promotion%20and%20Health%20Protection/H-promot-7.pdf>.
- QUINN, V. P. *et al.* – Tobacco-Cessation services and patient satisfaction in nine nonprofit HMOs. *American Journal of Preventive Medicine*. 29:2 (2005) 77-84.
- RAITIO, A. *et al.* – Comparison of clinical and computerised image analyses in the assessment of skin ageing in smokers and non-smokers. *Acta Dermato-Venereologica*. 84 (2004) 422-27.
- RAMOS, M. C. D.; VINAGRE, S.; CARDOSO, M.F. – Conhecimentos, comportamento e responsabilidade ética dos profissionais de saúde face ao tabagismo. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 29:6 (2010) 923-946.
- RAMOS, M. P. – Conhecimentos, comportamentos e responsabilidade ética dos profissionais de saúde face ao tabagismo. [Em linha]. Porto: Universidade do Porto, Outubro 2008. Dissertação de Mestrado. [Consult. 20 Nov. 2010]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21898/2/Tese%20com%20resumo.pdf>.
- RAMOS, V., coord. – Medicina geral e familiar: 20 anos: da vontade. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Mvaintent Livros, 2003.
- RAVARA, S. – Curso de tabagismo SPP: intervenção breve. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. X:1 Supl 1 (2004) S 33 – S 40.
- RAW, M.; MCNEILL, A.; COLEMAN, T. – Lessons from the English smoking treatment services. *Addiction*. 100:Suppl. 2 (2005) 84–91.
- REBELO, L. – Consulta de cessação tabágica: uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20:1 (2004a) 87-98.
- REBELO, L. – O médico de família e a dependência tabágica: uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20:1 (2004b) 75-84.
- REBELO, L. – O médico do futuro: três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 17 (2001a) 159-162.
- REBELO, L. – O médico do futuro: três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais – parte II. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 17 (2001b) 249-254.
- REIS, I. *et al.* – Norma de orientação clínica para a cessação tabágica. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina baseada na Evidência (CEMBE). Faculdade de Medicina de Lisboa, 2008.
- RIBEIRO, M. M. – Avaliação da atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico. [Em linha]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Grau de Doutor em Medicina. Área de concentração: Clínica Médica.

- [Consult. 20 Set. 2009]. Disponível em [http://www.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude\\_adulto/teses\\_dissert/2006\\_doutorado\\_maria\\_ribeiro.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_adulto/teses_dissert/2006_doutorado_maria_ribeiro.pdf).
- RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. – Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 32:1 (2008) 90 – 97.
- RICHARDS, J.W.; HOUSTON, T.P.; BLUM, A. – The health professional's responsibility in smoking cessation: strategies for office and community In: US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NIH. NATIONAL CANCER INSTITUTE - Tobacco and the clinician: interventions for medical and dental practice. Bethesda, MD: National Cancer Institute. National Institutes of Health. US Department of Health and Human Services, 1994. (Monograph; 5).
- RIEMSA *et al.* – Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *British Medical Journal*. 326 (2003) 1175-1177.
- ROBALO, A. C. – Hábitos tabágicos em profissionais da saúde. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, 1988. (Estudos e investigação. Estudo; 1).
- RODDY, E.; RUBIN, P.; BRITTON, J. – A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tobacco Control*. 13 (2004) 74–77.
- ROGERS, C. R. – Tornar-se pessoa. 7.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Moraes Editores, 1985.
- ROGERS, S. W.; GOULD, T. J.; BAKER, T. B. – Mouse models and the genetics of nicotine dependence. In: US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NIH. NATIONAL CANCER INSTITUTE - Phenotypes and endophenotypes: foundations for genetic studies of nicotine use and dependence. Bethesda, MD: National Cancer Institute. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services, August 2009. (Tobacco Control Monograph; 20. NIH Publication No 09-6366). 133-186.
- ROLLNICK, S. – Consultations about behaviour change. [Em linha]. *Medicine*. (2000) 26-28. [Consult. 20 Nov. 2010]. Disponível em [http://www.asia.cmpmedica.com/cmpmedica\\_my/disppdf.cfm?fname=LA.pdf](http://www.asia.cmpmedica.com/cmpmedica_my/disppdf.cfm?fname=LA.pdf).
- ROLLNICK, S. *et al.* – Consultations about changing behaviour. [Em linha]. *British Medical Journal*. 331 (2005) 961–963. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1261200/pdf/bmj33100961.pdf>.
- ROLLNICK, S.; HEATHER, N.; BELL, A. – Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*. 1 (1992) 25-37.
- ROLLNICK, S.; MASON, P.; BUTLER, C. – Health behaviour change for clinicians: a guide for practitioners. 2<sup>nd</sup> ed. London: Churchill Livingstone, 2000.

- ROLLNICK, S.; BUTLER, C. C.; STOTT, N. – Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and Counseling*. 31:3 (1997) 191-203.
- ROSA, I. V.; SCHOLTEN, M; CARRILHO, J.P. – Festinger revisitado: sacrifício e argumentação como fontes de conflito. *Análise Psicológica*. 2:24 (2006) 167-177.
- ROSE, J. – Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*. 14:1 (1985) 32-38.
- ROSENSTOCK, I. – Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 2: 4 (1974) 1-8.
- ROSENSTOCK, I. M; STRECHER, V.J.; BECKER, M. H. – Social Learning Theory and the Health Belief Model. [Em linha]. *Health Education Quarterly*. 15:2 (1988) 175-183. [Consult. 20 Nov. 2010]. Disponível em [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177\\_109019818801500203.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177_109019818801500203.pdf).
- ROSKI, J. *et al.* – The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines. *Preventive Medicine*. 36 (2003) 291-299.
- RUBAK, S. *et al.* – Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 55 (April 2005) 305-312.
- RUSSELL, M. A. H. *et al.* – Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*. 2 (1979) 231-235.
- RUSTED, J. M.; NEWHOUSE, P.A.; LEVIN, E. D. – Nicotinic treatment for degenerative neuropsychiatric disorders such as Alzheimer's disease and Parkinson's disease. *Behavioural Brain Research*. 113 (2000) 121-129.
- RYAN, R. M.; DECI, E. L. – Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*. 25 (2000a) 54-67.
- RYAN, R. M.; DECI, E. L. – Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. [Em linha]. *American Psychologist*. 55:1 (2000b) 68-78. [Consult. 21 Nov. 2010]. Disponível em <http://www.youblisher.com/files/publications/2/7435/pdf.pdf>.
- RYAN, R.M. *et al.* – Facilitating health behaviour change and its maintenance: interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*. 10 (2008) 2-5.
- SÁ, A. B.; FERREIRA, C; BRANCO, A.G. – Hábitos e atitudes dos médicos de família portugueses em relação ao tabaco. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 11 (1994) 177-187.
- SÁ, E. B.; SANTOS, I. – A prevenção da doença baseada na evidência. [Em linha]. *Posgraduate Medicine*. 21: 2 (2004) 77- 85. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em [http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/ensino\\_5ano/PG\\_prevencao\\_doenca.pdf](http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/ensino_5ano/PG_prevencao_doenca.pdf).

- SADOWSKI, I. J.; RUFFIEUX, C.; CORNUZ, J. – Self-reported smoking cessation activities among Swiss primary care physicians. [Em linha]. *BMC Family Practice*. 10:22 (2009) [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-10-22.pdf>.
- SAKELLARIDES, C. *et al.* – Acontecimento extraordinário. [Em linha]. Relatório do grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários. (2009) [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/070DDE85-32AD-4317-B174-6D2ED2C173F9/0/2REL\\_Fev09\\_formatado\\_Final.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/070DDE85-32AD-4317-B174-6D2ED2C173F9/0/2REL_Fev09_formatado_Final.pdf).
- SAKELLARIDES, C. – De Alma a Harry: crónica da democratização da saúde. Coimbra: Almedina, Janeiro 2005.
- SALAS, R.; PIERI, F.; BIASI, M. – Decreased signs of nicotine withdrawal in mice null for the  $\beta 4$  nicotinic acetylcholine receptor subunit. *Journal of Neuroscience*. 24: 45 (2004) 1035-1039.
- SALOOJEE, Y.; DAGLI, E. – Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin of the World Health Organization*. 78:7 (2000) 902–910.
- SANDBORN, W.J. *et al.* – Transdermal nicotine for mildly to moderately active ulcerative colitis: a randomised, double-blind, placebo, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*. 126 (1997) 364-371.
- SANTOS, A.C.; BARROS, H. – Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. *Preventive Medicine*. 38 (2004) 114-119.
- SANTOS, I.; RIBEIRO, I.L. – Indicadores de desempenho na consulta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25 (2009) 228-36.
- SANTOS, M. – Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental: uma proposta. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 255-262.
- SANTOS, M. E. B. – Os Aprendiz de Pigmaleão. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (1991). (Coleção Educação; 2).
- SANTOS, O. – Entrevista motivacional na prevenção e tratamento da obesidade. *Endocrinologia, Diabetes e Obesidade*. 3:3 (Maio/Junho 2009) 109 -115.
- SAVAGEAU, J. A.; MOWERY, P. D.; DIFRANZA, J.R. – Symptoms of diminished autonomy over cigarettes with non-daily use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 6 (2009) 25-35.
- SCHIFF, I. *et al.* – Oral contraceptive and smoking, current considerations: recommendations of a consensus panel. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 180 (1999) S383-384.
- SCHNOLL, R. A. *et al.* – Smoking cessation treatment by primary care physicians: an update and call for training. *American Journal of Preventive Medicine*. 31:3 (2006) 233 -239.

- SCHREK, R. *et al.* – Tobacco smoking as an etiologic factor in disease; cancer. *Cancer Research*. 10:1 (1950) 49-58.
- SCIAMANNA, C. N. *et al.* – Feasibility of incorporating computer tailored health behaviour communications in primary care settings. [Em linha]. *Informatics in Primary Care*. 12 (2004) 40–8. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.hetinitiative.org/content/Informatics%20in%20Primary%20Care.pdf>.
- SENA, A.; FERRET-SENA, V. – Neurobiologia do uso de nicotina. In: FERREIRA-BORGES, C.; FILHO, H.C., coord. – Usos, abusos e dependências: tabagismo. Lisboa: Climepsi Editores, Novembro 2004. (Manual Técnico; 3).
- SIERLES, F.S. – How to do research with self-administered surveys. [Em linha]. *Academic Psychiatry*. 27:2 (Summer 2003) 104-113. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://ap.psychiatryonline.org/cgi/reprint/27/2/104?ikey=e934a3b3771bc629cac28e8576155bd551ddc1c7>.
- SILVA, G. – Cigarros Porto. [Em linha]. [Blog]. *Porto antigo: histórias e imagens da cidade*. (2009). [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.portoantigo.org/2009/08/cigarros-porto.html>.
- SILVA, G. *et al.* – Comentários ao ante-projecto de DL sobre a prevenção do tabagismo. *Revista Ordem dos médicos*. 68 (2006) 48-50.
- SIMÕES, J. A. – A consulta em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25 (2009)197-198.
- SIMÕES, S. – História do tabaco. In: PESTANA, E., coord. - Tabagismo, do diagnóstico ao tratamento. Lisboa: LIDEL, 2006.1- 25.
- SIMPSON, M. *et al.* - Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. [Em linha]. *BMJ*. 303 (1991) 1385-7. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1671610/pdf/bmj00155-0047.pdf>.
- SMITH, D. R.; LEGGAT, P.A – An international review of tobacco smoking among medical students. [Em linha]. *Journal of Postgraduate Medicine*. 53:1 (2007) 55-62. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-115.pdf>.
- SMITH, D. R.; LEGGAT, P.A. – An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. [Em linha]. *BMC Public Health*. 7 (2007) 115. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-115.pdf>.
- SMITH, P. M. *et al.* – Brief smoking cessation interventions by family physicians in North-western Ontario rural hospitals. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 14:2 (2009)47-53.
- SOARES, I.; CARNEIRO, A. V. – Norma de orientação clínica para o tratamento do uso e dependência do tabaco. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: IQS, 2002.SOLBERG, L.I. *et al.* – Nonresponse bias: does it affect measurement of clinician behavior? *Medical Care*. 40:4 (April 2002) 347-352.

- SOLBERG, L.I. *et al.* – Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. [Em linha]. *Mayo Clinic Proceedings*. 76 (2001)138-143. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/76/2/138.full.pdf>.
- SOLBERG, L.I. *et al.* – Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*. 31:1 (2006) 62–71.
- SOPORI, M. – Effects of cigarette smoke on the immune system. [Em linha]. *Nature Reviews Immunology*. 2 (2002) 372-377. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em [http://ehs.sph.berkeley.edu/krsmith/CRA/tb/Sopori\\_2002.pdf](http://ehs.sph.berkeley.edu/krsmith/CRA/tb/Sopori_2002.pdf).
- SOUSA, J. C.; SARDINHA, A. M.; SANCHEZ, J. P. – Os cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19(2001) 63-74.
- SPANGLER, J. C. *et al.* – Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. *Journal of the American Medical Association*. 288: 9 (4 September 2002) 1102–1109.
- SPANOU, C. *et al.* – Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. [Em linha]. *BMC Family Practice*. 11 (2010) 69. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955601/pdf/1471-2296-11-69.pdf>.
- SPSS INC – Predictive Analytics SoftWare (PASW) Statistics version 18.0. Chicago: SPSS. Inc., 2009.
- STÄMPFLI, M.R.; ANDERSON, G.P. – How cigarette smoke skews immune responses to promote infection, lung disease and cancer. *Nature Reviews Immunology*. 9 (May 2009) 377-384.
- STEAD, L.F.; BERGSON, G.; LANCASTER, T. – Physician advice for smoking cessation. [Em linha]. *The Cochrane Collaboration. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2:CD000165 (2008) DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3. [Consult. 9 Jan. 2010]. Disponível em <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000165/frame.html>.
- STEAD, M. *et al.* – Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. [Em linha]. *British Journal of General Practice*. (2009) 682-690. [Consult. 20 Dez. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734357/pdf/bjgp59-682.pdf>.
- STEINBERG, M.B. *et al.* – Smoking as a chronic disease. [Em linha]. *Current Cardiovascular Risk Reports*. 4 (2010) 413–420. [Consult. 20 Dez. 2010]. Disponível em <http://www.tobaccoprogram.org/pdf/current-cardiovascular-reports.pdf>.
- STEINBERG, M.B. *et al.* – The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Annals of Internal Medicine*. 148:7 (April 2008) 554-556.



- STEINBERG, M.B.; DELNEVO, C.D. – Physician beliefs regarding effectiveness of tobacco dependence treatments: results from the NJ Health Care Provider Tobacco Survey. *Journal of General Internal Medicine*. 22:10 (2007) 1459-1462.
- STEWART, G. G. – A history of the medicinal use of tobacco 1492-1860. [Em linha]. *Medical History*. 11:3 (1967) 228–268. [Consult. 22 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1033728/>.
- STEWART, M. A. – Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. [Em linha]. *Canadian Medical Association Journal*. 152:9 (1995) 1423 -1433. [Consult. 20 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/pdf/cmaj00069-0061.pdf>.
- STEWART, M. *et al.* – Patient-centered medicine: transforming the clinical method. London: Sage Publications, 1995.
- STEWART, M. *et al.* – Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2ª ed. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press, 2003.
- STEWART, M. *et al.* – The impact of patient-centered care on outcomes. [Em linha]. *Journal of Family Practice*. 49:9 (2000) 796-804. [Consult. 20 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2601>
- STOCKS, N.; GUNNELL, D. – What are the characteristics of general practitioners who routinely do not return postal questionnaires: a cross sectional study. [Em linha]. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54 (2000) 940–941. [Consult. 21 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731599/pdf/v054p00940.pdf>.
- STOTT, B.N.C.H.; DAVIS, R. H. – The consultation: the exceptional potential in each primary care consultation. [Em linha]. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 29 (1979) 201-205. [Consult. 21 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2159027/pdf/jroyalcgprac00124-0011.pdf>.
- STOTT, N.C.H.; PILL, R.M. – 'Advise Yes, Dictate No': patients' views on health promotion in the consultation. [Em linha]. *Family Practice*. 7 (1990) 125-131. [Consult. 20 Fev. 2010]. Disponível em <http://fampra.oxfordjournals.org/content/18/4/359.full.pdf+html>.
- STREET, R.S. *et al.* – Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. [Em linha]. *Journal of General Internal Medicine*. 18 (2003) 609-616. [Consult. 20 Set. 2009]. Disponível em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494906/pdf/jgi\\_20749.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494906/pdf/jgi_20749.pdf).
- STREET, R.S.; EPSTEIN, R. – Key interpersonal functions and health outcomes. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. ed. lit. – Health behavior and health education: theory, research and practice. 4<sup>rd</sup> ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.
- STREINER D.L.; NORMAN, G.R. – Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1995.

- STROEBEL, C. K. *et al.* – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. [Em linha]. *Journal on Quality and Patient Safety*. 31:8 (2005) 438-446. [Consult. 3 Set. 2009]. Disponível em <http://www.familycarenetwork.com/files/Stroebel%20complexity%20practice%20improve.pdf>.
- SUSSMAN, A.L.; *et al.* – The art and complexity of primary care clinicians' preventive counseling decisions: obesity as a case study. [Em linha]. *Annals of Family Medicine*. 4 (2006) 327-333. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://ukpmc.ac.uk/picrender.cgi?artid=872053&blobtype=pdf>.
- SWENSON, S. L. *et al.* – Patient-centered communication: do patients really prefer it ? *Journal of Internal Medicine*. 19 (2004) 1069-1079.
- SZATKOWSKI, L. A. *et al.* – Is smoking status routinely recorded when patients register with a new GP? *Family Practice*. 27:6 (Dec 2010) 673-5.
- TEMPLETON, L. *et al.* – Surveying general practitioners: does a low response rate matter? [Em linha]. *British Journal of General Practice*. 47 (1997) 91-94. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1312913/pdf/9101692.pdf>.
- THE MUSEUM OF PUBLIC RELATIONS – Edward L. Bernays: 1929: torches of freedom. [Em linha]. New York, NY: The Museum of Public Relations, 2010. [Consult. 23 Dez. 2010]. Disponível em [http://www.prmuseum.com/bernays/bernays\\_1929.html](http://www.prmuseum.com/bernays/bernays_1929.html).
- THIND, A; *et al.* – Who deliver preventive services has intended? *Canadian Family Physician*. 54 (2008) 1574-1575.e1.
- THOMAS, G.A.O.; RHODES, J.; INGRAM, J.R. – Mechanisms of disease: nicotine: a review of its actions in the context of gastrointestinal disease. *Nature Clinical Practice. Gastroenterology & Hepatology*. 2:11 (2005) 534-544.
- TOLL, B. A.; LING, P.M. – The Virginia slims identity crisis: an inside look at tobacco industry marketing to women. *Tobacco Control* 14 (2005)172–180.
- TONG, E.K. *et al.* – National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices and beliefs. *Nicotine Tobacco Research*. 12:7 (May 2010) 724-733.
- TOOP, L. – Primary care: core values: patient centered primary care. *British Medical Journal*. 316 (1998) 1882 -1883.
- TREMBLAY, M. *et al.* – The physicians taking action against smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *Canadian Medical Association Journal*. 165:5 (2001) 601-607.
- TWARDELLA, D.; BRENNER, H. – Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *European Journal of Public Health*. 15:2 (2005) 140–145.
- UK. NHS. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities.

- NICE public health guidance 10. [Em linha]. London: NICE, February 2008. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11925/39596/39596.pdf>.
- UK. NHS. NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – Interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings: quick reference guide. [Em linha]. London: NICE, March 2006. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11375/31864/31864.pdf>.
- ULBRICHT, S. *et al.* – Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? *Patient Education and Counseling*. 74:1 (2009) 23-8.
- ULBRICHT, S. *et al.* – Provision of smoking cessation counseling by general practitioners assisted by training and screening procedure. *Patient Education and Counseling*. 63:1 (October 2006) 232-238.
- ULBRICHT, S. *et al.* – Smokers' expectations toward the engagement of their general practitioner in discussing lifestyle behaviors. *Journal of Health Communication*. 16:2 (2011) 135-147.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. [Em linha]. Atlanta, GA: Office on Smoking and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services, 2010. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/index.html>.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NIH. NATIONAL CANCER INSTITUTE – Phenotypes and endophenotypes: foundations for genetic studies of nicotine use and dependence. Bethesda, MD: National Cancer Institute. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services, August 2009. (Tobacco Control Monograph; 20. NIH Publication No 09-6366). [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/20/m20\\_entire.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/20/m20_entire.pdf).
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NIH. NATIONAL CANCER INSTITUTE - Smoking and tobacco control : cigars: health effects and trends. [Em linha]. Bethesda, MD: National Institute of Health. National Cancer Institute, February 1998. (Monograph; 9). [Consult. 20 Nov. 2009] Disponível em [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/9/m9\\_complete.PDF](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/9/m9_complete.PDF)
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NIH. NATIONAL CANCER INSTITUTE – Tobacco and the clinician: interventions for medical and dental practice. [Em linha]. *Smoking and Tobacco Control Monographs*. Bethesda, MD: National Cancer Institute. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services, 1994. (Monograph; 5). [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível em [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/5/m5\\_complete.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/5/m5_complete.pdf)

- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. [Em linha]. Atlanta, GA: Office on Smoking and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services, 2004. [Consult. 24 Fev. 2010]. Disponível em [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2004/complete\\_report/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm)
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: Nicotine addiction. [Em linha]. Washington, DC: Office on Smoking and Health. US Center for Health Promotion and Education, 1988. [Consult. 24 Fev. 2010]. Disponível em <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBZD.pdf>
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. [Em linha]. Atlanta, GA: Office on Smoking and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Coordinating Center for Health Promotion Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services, 2006. [Consult. 24 Fev. 2010]. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/>
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES –. Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. [Em linha]. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001. [Consult. 25 Fev. 2010]. Disponível em [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2001/complete\\_report/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2001/complete_report/index.htm)
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. [Em linha]. Rockville, MD: Office on Smoking and Health, 1990. [Consult. 27 Fev. 2010]. Disponível em <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBCT.pdf>
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION – History of the Surgeon General's Reports on Smoking and Health: last updated. [Em linha]. Washington, DC: Office on Smoking and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, last updated 2009. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/history/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/history/index.htm).
- US DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE – Smoking and health: report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. [Em linha]. Washington, DC: US Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, 1964. [Consult. 20 Fev. 2006]. Disponível em <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/X/B/>

- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE – Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease: Reaffirmation Recommendation Statement. [Em linha]. Rockville, MD: US Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, 2009a. [Consult. 9 Dez. 2010]. Disponível em <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/tobacco/tobaccors2.htm>.
- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE – The guide to clinical preventive services: recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. [Em linha]. Rockville, MD: US Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, 2009b. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em [http://www.aqimaging.org/pdf/uspstf\\_pocketgd09.pdf](http://www.aqimaging.org/pdf/uspstf_pocketgd09.pdf).
- VELICER, W.F. *et al.* – Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*. 24 (1995) 401-411.
- VICKERS, K.S. *et al.* – Health behavior counseling in primary care: provider-reported rate and confidence. [Em linha]. *Family Medicine*. 39:10 (2007) 730-5. [Consult. 9 Set. 2009]. Disponível em <http://www.stfm.org/fmhub/fm2007/November/Kristin730.pdf>.
- VISELTEAR, A.J. – C.-E. A. Winslow and the later years of Public Health at Yale, 1915-1925. [Em linha]. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 55 (1982) 447-470. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596005/pdf/yjbm00109-0062.pdf>.
- VOGT, F.; HALL, S.; MARTEAU, M. – General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*. 100 (2005) 1423-1431.
- VOGT, F.; HALL, S.; MARTEAU, T.M. – General practitioners' beliefs about effectiveness and intentions to recommend smoking cessation services: qualitative and quantitative studies. [Em linha]. *BMC Family Practice*. 8:39 (2007). doi:10.1186/1471-2296-8-39 [Consult. 29 Set. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1934905/pdf/1471-2296-8-39.pdf>.
- VOGT, F.; McEWEN, A.; MICHIE, S. – What general practitioners can do to deliver more brief stop-smoking interventions: an exploratory study. [Em linha]. *Journal of Smoking Cessation*. 3:2 (2008) 110–116. DOI 10.1375/jsc.3.2.110. [Consult. 18 Jan. 2009]. Disponível em <http://www.atypon-link.com/AAP/doi/pdf/10.1375/jsc.3.2.110?cookieSet=1>.
- WALKER, R. B. – Medical aspects of tobacco smoking and the anti-tobacco movement in Britain in the nineteenth century. *Medical History*. 24 (1980) 391-402.
- WALTER, U. *et al.* – Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. [Em linha]. *BMC Family Practice*. 11: 68 (2010) 1-11. [Consult. 23 Maio 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949669/pdf/1471-2296-11-68.pdf>.

- WATKINS, S. S.; KOOB, G.F.; MARKOU, A. – Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine and Tobacco Research*. 2 (2000) 19-37.
- WEBB, P.; BAIN, C. – Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals. 2.<sup>nd</sup> ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- WEST, R – Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest: editorial. *Addiction*. 100 (2005) 1036–1039.
- WEST, R. – ABC of smoking cessation assessment of dependence and motivation to stop smoking. *British Medical Journal*. 328:7 (2004) 338-339.
- WEST, R. *et al.* – Should smokers be offered assistance with stopping?: editorial. *Addiction*. (2010) 1-3.
- WEST, R; SOHAL, T. – “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*. 332 (2006) 458–60.
- WHITE, F.J. – A behavioral/systems approach to the neuroscience of drug addiction. *Journal of Neuroscience*. 22:9 (2002) 3303-3305.
- WHITLOCK, E. P. *et al.* – Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*. 22:4 (2002) 267-284.
- WHO – Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization, 2004a.
- WHO – Report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008a.
- WHO – The European Health Report, 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2005.
- WHO – The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- WHO – The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.
- WHO – The World Health Report 2008: Primary Health Care. Now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008b.
- WHO – Tobacco industry interference with tobacco control. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2008c. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340_eng.pdf).
- WHO – Tobacco, deadly in any form or disguise. Geneva: World Health Organization. Tobacco Free Initiative, 2006.
- WHO – WHO European Strategy for Smoking Cessation Policy. Revision 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004b.

- WHO – WHO Framework Convention on Tobacco Control. [Em linha]. Geneva: WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization, 2003. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em [www.who.int/fctc/en/index.html](http://www.who.int/fctc/en/index.html).
- WHO – WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation) [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2010. [Consult. 23 Dez. 2010]. Disponível em [http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/article\\_14/en/index.html](http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/article_14/en/index.html)
- WILLIAMS, I.; LADELUND, S. – Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine & Tobacco Research*. 6:2 (2004) 369–375.
- WILLIAMS, G. C. *et al.* – Health care practitioners' motivation for tobacco-dependence counselling. *Health Education Research*. 18.5 (2003) 538-553.
- WILLIAMS, G. C.; DECI, E.L. – Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical Care*. 39:8 (2001) 813-823.
- WILSON, A *et al.* – Management of smokers motivated to quit: a qualitative study of smokers and GPs. *Family Practice*. 27: 4 (2010) 404-409.
- WILSON, A. *et al.* – Drugs to support smoking cessation in UK general practice: are evidence based guidelines being followed? *Quality and Safety Health Care*. 15 (2006) 284-288.
- WYNDER, E.L.; GRAHAM, E. A. – Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. *Journal of the American Medical Association*. 143 (1950) 329-336.
- WYNDER, E.L.; GRAHAM, E. A.; CRONINGER, A.B. – Experimental production of carcinoma with cigarette tar. *Cancer Research*. 13 (1953) 855-864.
- WYNN, A. *et al.* – Factors associated with the provision of anti-smoking advice in general practice consultations. *British Journal of General Practice*. 52 (2002) 997-999.
- YARNALL, K.S. *et al.* – Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health*. 93:4 (Apr 2003) 635-41.
- YAWN, B. *et al.* – Time use during acute and chronic illness visits to a family physician. [Em linha]. *Family Practice*. 20: 4 (2003) 474-477. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12876124?dopt=Abstract>.
- YOUNG, J. – Mail surveys of general practice physicians: response rates and non-response bias. [Em linha]. *Swiss Medical Weekly*. 135 (2005)187–188. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2005/13/smw-11031.pdf>.
- YOUNG, J. M.; WARD J. E. – Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. [Em linha]. *Family Practice*. 18:1 (2001) 14-20. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://fampra.oxfordjournals.org/content/18/1/14.long>

- ZAPKA, J. G. *et al.* – The perceptions and practices of pediatricians: tobacco intervention. [Em linha]. *Pediatrics*. 103:5 (1999) 1-10 [Consult. 29 Set. 2009]. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/103/5/e65>
- ZHANG, J.; Yu, K.F. – What's the relative risk?: a method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *Journal of the American Medical Association*. 280:19 (1998) 1690 -1691.
- ZWAR, N. A.; RICHMOND, R. L. – Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug and Alcohol Review*. 25 (2006) 21–26.
- ZWAR, N. *et al.* – Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2007.
- ZWAR, N.; RICHMOND, R.L.; HARRIS, M. – General practice patients: their readiness to quit smoking. [Em linha]. *Australian Family Physician*. 37: 1/2 (2008) 81–83. [Consult. 23 Set. 2009]. Disponível em <http://www.racgp.org.au/afp/200801/200801zwar1.pdf>.



ANEXOS

---



## ANEXO 1. QUESTIONÁRIO

---





## “Práticas Preventivas e de Aconselhamento no Domínio da Cessação Tabágica”

Muito obrigada por responder a este questionário. A sua resposta é anónima.

Por favor assinale as suas opções com uma cruz, nos quadrados correspondentes.

A coluna da direita não deve ser preenchida. Destina-se à codificação das respostas.

<b>1. Actualmente exerce actividade clínica de Medicina Geral e Familiar (MGF)?</b>						
1. <input type="checkbox"/> Sim, num Centro de Saúde - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados 2. <input type="checkbox"/> Sim, num Centro de Saúde - Unidade de Saúde Familiar 3. <input type="checkbox"/> Sim, noutro serviço de saúde integrado no SNS 4. <input type="checkbox"/> Sim, num Serviço de Saúde Privado ou num serviço não integrado no SNS 5. <input type="checkbox"/> Actualmente não exerço actividade clínica, no âmbito da MGF						1. <input type="checkbox"/>
Se escolheu a opção n.º 5, passe por favor à pergunta n.º 22 (pág. 7) ⇨						
<b>2. Há quantos anos exerce actividade clínica de MGF?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos						2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>3. Realizou o Internato Complementar de MGF?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						3. <input type="checkbox"/>
<b>4. Qual a sua idade?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos						4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>5. Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino						5. <input type="checkbox"/>
<b>6. Actualmente realiza consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, em horário específico, fora da consulta de MGF?</b> 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não, nunca realizei esta consulta 3. <input type="checkbox"/> Não, mas já realizei esta consulta.						6. <input type="checkbox"/>
<b>7. Segue o Programa-tipo de actuação em cessação tabágica da DGS, como referência?</b> 1. <input type="checkbox"/> Sim, habitualmente 2. <input type="checkbox"/> Sim, às vezes 3. <input type="checkbox"/> Não 4. <input type="checkbox"/> Não conheço o Programa						7. <input type="checkbox"/>
<b>Nota</b> - As perguntas que se seguem referem-se ao atendimento, no âmbito da consulta de MGF, de pacientes adultos (maiores de 18 anos).						
<b>8. Nos últimos 3 meses, com que frequência tomou a iniciativa de aconselhar os seus pacientes relativamente a: .... (assinale a sua opção com uma cruz, em cada linha)</b>						
	Nunca	Rara-mente	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre ou quase sempre	8.1 <input type="checkbox"/>
1. Consumo de álcool						8.2 <input type="checkbox"/>
2. Actividade física						8.3 <input type="checkbox"/>
3. Consumo de drogas ilícitas						8.4 <input type="checkbox"/>
4. Consumo de sal						8.5 <input type="checkbox"/>
5. Consumo de gorduras						8.6 <input type="checkbox"/>
6. Consumo de frutos e hortícolas						8.7 <input type="checkbox"/>
7. Excesso de peso/obesidade						
<b>9. Na sua lista de utentes, com mais de 18 anos, qual a sua estimativa de fumadores?</b> <input type="checkbox"/> < 15% <input type="checkbox"/> 15 a 24% <input type="checkbox"/> >24 a 30% <input type="checkbox"/> > 30% <input type="checkbox"/> Não sabe						9. <input type="checkbox"/>

<b>10. Qual destas afirmações melhor descreve a sua <u>prática actual</u>, relativamente aos seus pacientes fumadores: (selecione apenas 1 opção)</b>						
1. <input type="checkbox"/> Nunca aconselho os meus pacientes relativamente ao consumo de tabaco.	10.1	<input type="checkbox"/>				
2. <input type="checkbox"/> Quase nunca aconselho os meus pacientes relativamente ao consumo de tabaco.	10.2	<input type="checkbox"/>				
3. <input type="checkbox"/> Aconselho a parar de fumar apenas quando o paciente toma a iniciativa de pedir apoio.	10.3	<input type="checkbox"/>				
4. <input type="checkbox"/> Aconselho a parar de fumar apenas quando existe patologia associada ao tabaco.	10.4	<input type="checkbox"/>				
5. <input type="checkbox"/> Aconselho a parar de fumar apenas quando os pacientes pedem apoio ou apresentam patologia associada ao consumo de tabaco.	10.5	<input type="checkbox"/>				
6. <input type="checkbox"/> Aconselho, por minha iniciativa, mesmo que os pacientes fumadores não me peçam apoio, ou mesmo que não exista qualquer patologia associada ao consumo de tabaco.	10.6	<input type="checkbox"/>				
Se escolheu a 1.ª opção na pergunta anterior, por favor passe à pergunta n.º 16 (pág.4) ⇨						
<b>11. Nos últimos 3 meses, relativamente aos <u>pacientes adultos</u> que observou na consulta de MGF, com que frequência: (assinale a sua opção com uma cruz, em cada linha)</b>						
	Nunca	Rara-mente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre	
1. Inquiriu os pacientes relativamente ao consumo de tabaco.						
2. Aconselhou os fumadores a parar de fumar.						11.1 <input type="checkbox"/>
3. Avaliou o grau de motivação dos fumadores para pararem de fumar.						11.2 <input type="checkbox"/>
4. Inquiriu se os ex-fumadores recentes se mantêm abstinentes.						11.3 <input type="checkbox"/>
5. Fez o registo na ficha clínica dos hábitos tabágicos dos seus pacientes.						11.4 <input type="checkbox"/>
						11.5 <input type="checkbox"/>
<b>12. Nos últimos 3 meses, quando um paciente fumador, que observou na sua consulta (adulto, sexo masculino, 15 cigarros/dia, sem patologia associada), declarou estar <u>decidido a parar</u> e lhe pediu apoio, qual foi a sua <u>actuação clínica mais frequente</u>? Marque a sua opção (sim ou não) em cada item:</b>						
	Não	Sim				
1. Realizar uma intervenção de aconselhamento.			12.1 <input type="checkbox"/>			
2. Avaliar o grau de dependência.			12.2 <input type="checkbox"/>			
3. Avaliar o grau de motivação para parar.			12.3 <input type="checkbox"/>			
4. Propor a marcação do dia D (primeiro dia sem consumo de tabaco).			12.4 <input type="checkbox"/>			
5. Propor terapêutica farmacológica.			12.5 <input type="checkbox"/>			
6. Propor um plano de consultas/contactos de seguimento.			12.6 <input type="checkbox"/>			
7. Oferecer um folheto informativo ou propor sites informativos.			12.7 <input type="checkbox"/>			
8. Encaminhar para a sua própria consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.			12.8 <input type="checkbox"/>			
9. Encaminhar para uma consulta de cessação tabágica efectuada por outro colega.			12.9 <input type="checkbox"/>			
10. Outra, especifique:			12.10 <input type="checkbox"/>			
.....						
<b>13. Se respondeu afirmativamente à opção 12.1 ( fez aconselhamento), este demorou em média quanto tempo:</b> <input type="checkbox"/> < 3 minutos <input type="checkbox"/> 3 a 10 minutos <input type="checkbox"/> > 10 minutos <input type="checkbox"/> Não sabe			13.12 <input type="checkbox"/>			

**14. Nos últimos 3 meses, relativamente aos fumadores que não querem parar de fumar, que observou na sua consulta, com que frequência:** (assinale a sua opção com uma cruz, em cada linha)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre	
1.Aconselhou a parar de fumar.						14.1 <input type="checkbox"/>
2.Avaliou o grau de importância atribuído ao parar de fumar.						14.2 <input type="checkbox"/>
3.Pediu que identificassem os riscos associados à manutenção do hábito de fumar.						14.3 <input type="checkbox"/>
4.Pediu que identificassem os ganhos e benefícios associados ao parar de fumar.						14.4 <input type="checkbox"/>
5.Pediu que identificassem os obstáculos sentidos relativamente ao parar de fumar.						14.5 <input type="checkbox"/>
6.Informou ter disponibilidade para os apoiar a parar de fumar.						14.6 <input type="checkbox"/>
7.Propôs terapêutica farmacológica.						14.7 <input type="checkbox"/>
8.Encaminhou para uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.						14.8 <input type="checkbox"/>

**15. Nos últimos 3 meses, nos fumadores ambivalentes - gostariam de parar de fumar, mas não se sentem suficientemente preparados - com que frequência:**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre	
1. Aconselhou a parar de fumar.						
2.Avaliou o grau de importância que atribuem ao parar de fumar.						15.1 <input type="checkbox"/>
3.Avaliou a auto-eficácia para a mudança.						15.2 <input type="checkbox"/>
4.Solicitou que identificassem os benefícios associados ao parar de fumar.						15.3 <input type="checkbox"/>
5.Solicitou que identificassem os obstáculos ou dificuldades em parar de fumar.						15.4 <input type="checkbox"/>
6.Fez perguntas abertas, relativamente às percepções associadas ao hábito de fumar.						15.5 <input type="checkbox"/>
7.Fez afirmações positivas e encorajadoras sobre os sucessos alcançados ou sobre as capacidades de mudança de cada fumador.						15.6 <input type="checkbox"/>
8. Ajudou a identificar as incoerências entre os motivos para quererem parar e o continuarem a fumar.						15.7 <input type="checkbox"/>
9. Estimulou a verbalização da intenção de mudança.						15.8 <input type="checkbox"/>
10.Ajudou a estabelecer um plano de mudança.						15.9 <input type="checkbox"/>
11.Propôs terapêutica farmacológica.						15.10 <input type="checkbox"/>
12.Encaminhou para uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.						15.11 <input type="checkbox"/>
						15.12 <input type="checkbox"/>

## 16. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente	
1. Aconselhar os fumadores a parar de fumar deve fazer parte das actividades do médico de MGF.						16.1 <input type="checkbox"/>
2. Aconselhar os fumadores a parar de fumar só se justifica quando existem doenças associadas ou agravadas pelo consumo de tabaco.						16.2 <input type="checkbox"/>
3. Devem aproveitar-se todas as oportunidades de contacto com os pacientes fumadores para os aconselhar a parar de fumar.						16.3 <input type="checkbox"/>
4. A gravidez, o nascimento de um filho ou de um neto são momentos que devem ser sempre aproveitados para aconselhar os pacientes fumadores a parar de fumar.						16.4 <input type="checkbox"/>
5. Os pacientes que pedem apoio para parar de fumar devem ser encaminhados para uma consulta de cessação tabágica.						16.5 <input type="checkbox"/> 16.31 <input type="checkbox"/>
6. Parar de fumar é a opção mais importante que um fumador pode fazer para melhorar a sua saúde.						16.6 <input type="checkbox"/>
7. Fumar é um factor de risco pouco importante quando comparado com outros problemas de saúde dos meus pacientes.						16.7 <input type="checkbox"/>
8. A dependência do consumo de tabaco deve ser encarada como uma doença crónica, com recidivas.						16.8 <input type="checkbox"/> 16.32 <input type="checkbox"/>
9. Apoiar os pacientes a parar de fumar é um bom investimento do tempo de consulta.						16.9 <input type="checkbox"/>
10. O conselho e o apoio do médico de família são uma das formas mais efectivas de conseguir que um fumador pare de fumar.						16.10 <input type="checkbox"/>
11. Ajudar os pacientes fumadores a parar de fumar é uma tarefa muito gratificante.						16.11 <input type="checkbox"/>
12. Os fumadores esperam que o seu médico de família os aconselhe a parar de fumar.						16.12 <input type="checkbox"/>
13. Os fumadores apreciam que o seu médico de família os aconselhe a parar de fumar.						16.13 <input type="checkbox"/>
14. A maioria dos pacientes fumadores deseja parar de fumar.						16.14 <input type="checkbox"/>
15. A recaída na cessação tabágica não deve ser encarada como um insucesso.						16.15 <input type="checkbox"/>



	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente	
16.Sempre que um fumador recaí, o médico deve voltar a aconselhá-lo a parar de fumar.						16.16 <input type="checkbox"/> 16.33 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.Consigo motivar os meus pacientes fumadores para pararem de fumar.						16.17 <input type="checkbox"/>
18.Tenho as competências necessárias para fazer uma intervenção breve de aconselhamento.						16.18 <input type="checkbox"/>
19.Tenho as competências necessárias para fazer uma intervenção de apoio intensivo.						16.19 <input type="checkbox"/>
20.Tenho as competências necessárias para apoiar uma mulher grávida fumadora a parar de fumar.						16.20 <input type="checkbox"/>
21.Sou capaz de adaptar a minha intervenção clínica às diferentes fases do processo de mudança comportamental.						16.21 <input type="checkbox"/>
22.Sei quando devo encaminhar os fumadores para uma consulta de apoio intensivo.						16.22 <input type="checkbox"/> 16.34 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.Ajudar os fumadores a parar de fumar é uma tarefa pouco gratificante.						16.23 <input type="checkbox"/>
24.As taxas de sucesso da cessação tabágica são tão baixas que não vale a pena dar prioridade ao aconselhamento dos fumadores.						16.24 <input type="checkbox"/>
25.Os fumadores não gostam de ser aconselhados a parar de fumar pelo seu médico de família.						16.25 <input type="checkbox"/>
26.Aconselhar repetidamente os fumadores pode perturbar negativamente a relação médico-doente.						16.26 <input type="checkbox"/>
27.Abordar a questão do tabaco com os fumadores que não querem parar de fumar é um mau uso do tempo da consulta de MGF.						16.27 <input type="checkbox"/>
28.Tomar a iniciativa de aconselhar os fumadores a parar de fumar é uma intromissão indevida nas suas opções individuais.						16.28 <input type="checkbox"/>
29.A maioria dos fumadores consegue parar de fumar sem necessidade de apoio médico.						16.29 <input type="checkbox"/>
30.A maioria dos fumadores não quer parar de fumar.						16.30 <input type="checkbox"/> 16.35 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>17. Numa escala de 0 (nenhuma) a 10 (muita), assinale como avalia a sua capacidade para conseguir motivar os seus pacientes fumadores para pararem de fumar?</b> <i>(assinale com uma cruz o quadrado correspondente)</i>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nenhuma capacidade						Muita capacidade					
<b>18. Assinale na escala seguinte, de 0 a 10, como avalia o grau de efectividade (sucesso) do seu aconselhamento, na cessação tabágica dos fumadores que observa na sua consulta?</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nulo						Muito elevado					
<b>19. Se desse apoio a todos os fumadores que, num ano, observa na sua consulta, qual a sua estimativa de abstinentes decorridos 12 meses após a cessação tabágica?</b>											
<input type="checkbox"/> < 5% <input type="checkbox"/> 5 a 10% <input type="checkbox"/> > 10 a 15% <input type="checkbox"/> > 15 a 20% <input type="checkbox"/> > 20 a 30% <input type="checkbox"/> > 30 a 40% <input type="checkbox"/> > 40% <input type="checkbox"/> Não sabe											19. <input type="checkbox"/>
<b>20. No caso de não aconselhar por rotina os fumadores que observa na sua consulta, relativamente ao consumo de tabaco, esse facto deve-se a que motivos: (Pode seleccionar várias opções)</b>											
<input type="checkbox"/> Falta de tempo para este tipo de actividade <input type="checkbox"/> Falta de equipa de apoio <input type="checkbox"/> Falta de incentivos financeiros <input type="checkbox"/> Falta de formação específica <input type="checkbox"/> Elevada taxa de insucesso do aconselhamento <input type="checkbox"/> Elevada taxa de recaídas <input type="checkbox"/> Falta de interesse por parte dos pacientes para discutirem o assunto <input type="checkbox"/> Não querer interferir em assuntos da esfera privada do paciente <input type="checkbox"/> Receio de perturbar negativamente a relação médico-doente <input type="checkbox"/> Não estar totalmente convencido(a) quanto à utilidade do aconselhamento <input type="checkbox"/> Falta de orientações técnicas claras <input type="checkbox"/> Ausência de indicadores de avaliação desta actividade <input type="checkbox"/> Não aplicável. Aconselha os seus pacientes por rotina. <input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? ..... .....											20.1 <input type="checkbox"/>
											20.2 <input type="checkbox"/>
											20.3 <input type="checkbox"/>
											20.4 <input type="checkbox"/>
											20.5 <input type="checkbox"/>
											20.6 <input type="checkbox"/>
											20.7 <input type="checkbox"/>
											20.8 <input type="checkbox"/>
											20.9 <input type="checkbox"/>
											20.10 <input type="checkbox"/>
											20.11 <input type="checkbox"/>
											20.12 <input type="checkbox"/>
											20.13 <input type="checkbox"/>
<b>21. Quais dos seguintes factores poderiam aumentar a sua motivação para intervir nesta área?</b> <i>(Pode seleccionar várias opções)</i>											
<input type="checkbox"/> Melhorar a sua formação teórica <input type="checkbox"/> Realizar um estágio prático de formação <input type="checkbox"/> Remuneração específica desta actividade (carteira adicional ou outro incentivo financeiro) <input type="checkbox"/> Maior valorização desta área por parte dos colegas e da administração <input type="checkbox"/> Maior interesse por parte dos pacientes <input type="checkbox"/> Dispor de ficha clínica informatizada <input type="checkbox"/> Dispor de outros elementos de apoio (equipa – enfermeiro, psicólogo etc) <input type="checkbox"/> O sucesso do aconselhamento ser maior <input type="checkbox"/> O sucesso da terapêutica farmacológica ser maior <input type="checkbox"/> Existência de indicadores de avaliação desta actividade <input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? ..... .....											21.1 <input type="checkbox"/>
											21.2 <input type="checkbox"/>
											21.3 <input type="checkbox"/>
											21.4 <input type="checkbox"/>
											21.5 <input type="checkbox"/>
											21.6 <input type="checkbox"/>
											21.7 <input type="checkbox"/>
											21.8 <input type="checkbox"/>
											21.9 <input type="checkbox"/>
											21.10 <input type="checkbox"/>
											21.11 <input type="checkbox"/>

22.As afirmações que se seguem referem-se a crenças existentes em relação a médicos, pacientes e ao exercício da medicina. Assinale a sua opinião, com uma cruz, em cada linha, usando uma escala de 6 (total discordância) a 1 (total concordância)						
	Discordo totalmente				Concordo totalmente	
	6	5	4	3	2	1
1.É ao médico que cabe decidir o que deve ser falado durante a consulta.						
2.O facto de os cuidados de saúde serem hoje em dia mais impessoais constitui um pequeno preço a pagar pelos avanços alcançados pela medicina.						
3.A parte mais importante da consulta médica de rotina é o exame objectivo.						
4.Frequentemente, é melhor para os pacientes não saberem tudo sobre a sua situação clínica.						
5.Os pacientes devem confiar nos conhecimentos do seu médico e não tentar procurar, por si próprios, informação sobre a sua situação clínica.						
6.Quando o médico faz muitas perguntas sobre o passado e o contexto social do paciente, está a intrometer-se demasiado em assuntos de natureza pessoal.						
7.Se os médicos forem realmente bons no diagnóstico e no tratamento, a forma como lidam com os pacientes não é tão importante.						
8.Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, mesmo quando já sabem aquilo que está a ser transmitido.						
9.Os pacientes deveriam ser tratados como se fossem parceiros do médico, com igualdade de poder e estatuto.						
10.Os pacientes na maior parte das vezes querem ser tranquilizados, mais do que informados acerca da sua saúde.						
11.Se o médico adoptar, como principal abordagem, o ser aberto e caloroso com os seus pacientes, não terá muito sucesso.						
12.Quando os doentes discordam do seu médico, isso é um sinal de que o médico não tem o respeito e a confiança do seu paciente.						
13.Um plano terapêutico não pode ser bem sucedido se entrar em conflito com os valores ou com o estilo de vida do paciente.						
14.A maioria dos pacientes quer entrar e sair o mais rapidamente possível do consultório médico.						
15.O paciente deve estar sempre consciente de que quem comanda é o médico.						
16.Para tratar a doença não é assim tão importante conhecer o passado e o contexto social do paciente.						
17.O humor é um ingrediente fundamental no tratamento médico do paciente.						
18.Quando os pacientes tentam interpretar por si próprios informação de natureza clínica, isso habitualmente confunde mais do que ajuda.						

22.1

☐ ☐

22.2

☐ ☐

22.3

☐ ☐

<b>23. Como se classifica relativamente ao consumo de tabaco?</b> <input type="checkbox"/> Nunca fumou (passe por favor à pergunta 28) ⇨ <input type="checkbox"/> Ex-fumador recente ( $\leq 1$ ano) (passe por favor à pergunta 28) ⇨ <input type="checkbox"/> Ex-fumador há mais de um ano (passe por favor à pergunta 28) ⇨ <input type="checkbox"/> Fumador ocasional... (menos de um cigarro, ou outro tipo de tabaco, por dia) <input type="checkbox"/> Fumador diário	23. <input type="checkbox"/>
<b>24. Se fumou diariamente nos últimos 30 dias, quantos cigarros ou outros produtos do tabaco consumiu em média por dia?</b> Cigarros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cigarilhas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Charutos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro tipo de tabaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>25. Fuma o 1.º cigarro diário na primeira meia hora após acordar?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim       </div>	25. <input type="checkbox"/> 25.1 <input type="checkbox"/>
<b>26. No caso de ser fumador actual, já alguma vez fez tentativas para parar?</b> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim       </div>	26. <input type="checkbox"/>
<b>27. Está a pensar parar de fumar?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mas ainda não pensei quando. <input type="checkbox"/> Sim, nos próximos 6 meses. <input type="checkbox"/> Sim, no próximo mês.	27. <input type="checkbox"/>
<b>28. Possui formação teórica (em sala) sobre cessação tabágica?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Possuo formação teórica em sala de duração $\leq 7$ horas. <input type="checkbox"/> Sim. Possuo formação teórica em sala de duração $> 7$ horas e $\leq 35$ horas. <input type="checkbox"/> Sim. Possuo formação teórica em sala de duração $> 35$ horas.	28. <input type="checkbox"/>
<b>29. Possui formação prática em cessação tabágica (estágio em consulta)?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Possuo formação prática (estágio em consulta) de duração $\leq 35$ horas. <input type="checkbox"/> Sim. Possuo formação prática (estágio em consulta) $> 35$ horas.	29. <input type="checkbox"/>
<b>30. Em que áreas gostaria de melhorar a sua formação específica em cessação tabágica?</b> (pode seleccionar várias opções) <input type="checkbox"/> Abordagem de intervenção breve <input type="checkbox"/> Abordagem de apoio intensivo <input type="checkbox"/> Entrevista motivacional <input type="checkbox"/> Utilização de terapêutica farmacológica na cessação tabágica <input type="checkbox"/> Como prevenir e lidar com a recaída <input type="checkbox"/> Método clínico centrado no paciente <input type="checkbox"/> Estágio prático numa consulta de apoio intensivo de cessação tabágica <input type="checkbox"/> Não necessita de formação nestas áreas <input type="checkbox"/> Outras áreas. Especifique: .....	30.1 <input type="checkbox"/> 30.2 <input type="checkbox"/> 30.3 <input type="checkbox"/> 30.4 <input type="checkbox"/> 30.5 <input type="checkbox"/> 30.6 <input type="checkbox"/> 30.7 <input type="checkbox"/> 30.8 <input type="checkbox"/> 30.9 <input type="checkbox"/>



**Muito obrigada, por ter respondido a este questionário.**

**Por favor, use o envelope de porte pago enviado em anexo, para devolver o questionário. A sua resposta é muito importante para o sucesso deste estudo.**

Informações ou dúvidas: Emília Nunes e-mail: [enunes@ensp.unl.pt](mailto:enunes@ensp.unl.pt)

## ANEXO 2. CARTAS DE APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

---





UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

Lisboa, Abril de 2010

Caro(a) Colega,

O questionário, em anexo, pretende obter informação acerca das atitudes e práticas em Medicina Geral e Familiar, relativamente ao aconselhamento para a promoção da cessação tabágica dos pacientes fumadores.

Os resultados obtidos serão de grande utilidade para uma reflexão sobre estratégias facilitadoras e de suporte aos médicos no sentido de se incentivarem as intervenções de natureza preventiva, de modo mais consistente e efectivo, motivo pelo qual o presente estudo conta com o apoio e o patrocínio científico da APMCG.

O presente questionário, de resposta anónima, concorre para a elaboração de um trabalho de investigação, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública, sob responsabilidade da signatária e orientação do Prof. Doutor Constantino Sakellarides.

Certa do bom acolhimento, agradeço desde já toda a colaboração no seu preenchimento e devolução, dentro das próximas 2 semanas, usando para o efeito o envelope de porte pago, enviado em anexo. Para esclarecimento de eventuais dúvidas poderei ser contactada através do endereço: [enunes@ensp.unl.pt](mailto:enunes@ensp.unl.pt)

Os resultados deste estudo serão oportunamente divulgados a todos os colegas, em articulação com a APMCG, pelas vias consideradas mais adequadas.

Tendo presente que a sua resposta é muito importante para a obtenção de dados representativos da situação portuguesa neste domínio agradeço, mais uma vez, a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Dra. Emília Nunes,  
(Médica, Assistente Convidada da Escola Nacional de Saúde Pública)

Prof. Doutor Constantino Sakellarides  
(Director da Escola Nacional de Saúde Pública)

Dr. João Sequeira Carlos  
(Presidente da APMCG)



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

Lisboa, Maio de 2010

2.ª Via

Caro(a) Colega,

Na primeira volta de envio do presente questionário foi obtida uma boa taxa de resposta.

Considerando, no entanto, que alguns colegas não tiveram ainda oportunidade de responder e, tendo em vista garantir a melhor representatividade do presente estudo, venho mais uma vez, apelar à sua colaboração, no sentido do preenchimento do questionário em apreço e sua devolução, dentro das próximas 2 semanas, usando para o efeito o envelope de porte pago, enviado em anexo.

O presente trabalho de investigação pretende aprofundar o conhecimento acerca das atitudes e práticas em Medicina Geral e Familiar, relativamente ao aconselhamento para a promoção da cessação tabágica dos pacientes fumadores.

Os resultados deste estudo, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública, serão oportunamente divulgados a todos os colegas, em articulação com a APMCG.

No caso de, eventualmente, já ter respondido a este questionário, agradeço a sua resposta e solicito que considere sem efeito este segundo pedido.

Para esclarecimento de eventuais dúvidas, poderei ser contactada através do endereço: [enunes@ensp.unl.pt](mailto:enunes@ensp.unl.pt)

Com os melhores cumprimentos,

Dra. Emília Nunes,  
(Médica, Assistente Convidada da Escola Nacional de Saúde Pública)

Prof. Doutor Constantino Sakellarides  
(Director da Escola Nacional de Saúde Pública)

Dr. João Sequeira Carlos  
(Presidente da APMCG)



### ANEXO 3. ESCALA *PPOS*

---



***Patient-Practitioner Orientation Scale © - Versão original***

**Patient-Practitioner Orientation Scale**

The statements below refer to beliefs that people might have concerning doctors, patients, and medical care. Read each item and then blacken in the circle to indicate how much you agree or disagree with each.

	<i>Strong- ly disagree</i>	<i>Moder- ately disagree</i>	<i>Slight- ly disagree</i>	<i>Slight- ly agree</i>	<i>Moder- ately agree</i>	<i>Strong- ly agree</i>
1. The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. The most important part of the standard medical visit is the physical exam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Patients generally want reassurance rather than information about their health.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. The patient must always be aware that the doctor is in charge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

©

## ANEXO 4. AUTORIZAÇÕES

---



AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA  
PATIENT-PRACTITIONER ORIENTATION SCALE (*PPOS*)

---

De: Krupat, Edward [ed\_krupat@hms.harvard.edu]  
Enviado: quarta-feira, 17 de fevereiro de 2010 16:46  
Para: Emilia Nunes  
Assunto: RE: Permission to use PPOS in Portuguese

First I would be glad to have you use the PPOS in your research. second, I am away from the office right now, but when i return i will send you some additional materials to assist you. third, the PPOS has been translated into Portuguese, and has been used in both brazil and Portugal. when i return at the beginning of next week i will get you the contact information of these individuals to save you the effort of doing the translation.  
Ed Krupat

---

From: Emilia Nunes [ENunes@ensp.unl.pt]  
Sent: Monday, February 15, 2010 7:58 PM  
To: Krupat, Edward  
Subject: RES: Permission to use PPOS in Portuguese





Permissão para utilização da figura 7 da Publicação:

World Bank - "Curbing the epidemic. Governments and the tobacco control".

---

**De:** mkhek@worldbank.org [mailto:mkhek@worldbank.org] **Em nome de** pubrights@worldbank.org

**Enviada:** segunda-feira, 8 de Novembro de 2010 22:24

**Para:** Emilia Nunes

**Assunto:** Permission GRANTED to use a figure from Curbing the epidemic.

Dear Emilia,

Thank you for your email and our apologies for the delay in getting back to you.

We hereby grant you permission to use the data/material detailed below free of charge subject to the following conditions:

- 1) If any part of the material in question has appeared in our publication with reference to another source as a copyright holder, permission must also be sought from that copyright holder.
- 2) You agree to acknowledge The World Bank as the copyright holder in the following format:  
Source: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank: Publication Title and Year
- 3) This permission is granted for this and all subsequent editions, in all foreign language translations and other derivative works in all media of expression now known or later developed, published or prepared by you or your licensees, for distribution throughout the world.

Should you need further assistance, please let us know.

Best regards,

Malika

---

**Malika Khek Vannier**

**Rights & Permission**

External Affairs, Office of the Publisher

The World Bank, 1818 H Street NW, MSN U11-1104, Washington, DC, 20433 - USA

Fax: (202)-522-2631 – email: [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org)

<http://publications.worldbank.org>

---

Emília Nunes  
Lisboa, 2011

---